

# Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Саркома матки

**Красильников С.Э., д.м.н., профессор  
кафедры онкологии, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии НГМУ, зав.**

**отделением онкогинекологии НООД**  
*Кафедра Акушерства и гинекологии медицинского  
факультета НГУ*

*Кафедра онкологии НГМУ*

# Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России (М.И. Давыдов, Е.М. Аксель 2007)



# Риск озлокачествления гиперплазии эндометрия (Kurman R.J. et.al. 1985).

Тип гиперплазии	Риск в %
Простая	1%
Сложная	3%
<b>Атипичическая гиперплазия</b>	
Простая	8%
<b>Сложная</b>	<b>29%</b>

Длительность наблюдения 13,4 лет, без лечения.  
У 74% - обратное развитие; 18% сохранилась без изменений.

# Риск озлокачествления гиперплазии эндометрия (Kurman R.J. et.al. 1985).

Тип гиперплазии	Риск в %
Простая	1%
Сложная	3%
<b>Атипическая гиперплазия</b>	
Простая	8%
<b>Сложная</b>	<b>29%</b>

Длительность наблюдения 13,4 лет, без лечения.  
У 74% - обратное развитие; 18% сохранилась без изменений.

<b>ФАКТОРЫ РИСКА</b>	<b>Отн. риск</b>	
<b>Раннее менархе</b>	1,6—4,0	
<b>Поздняя менопауза</b>	2,4	
<b>Отсутствие родов</b>	3—5	
<b>ЗГТ (эстрогены)</b>	2,3 (2—8)	Smith D.C. et al, 1975; Grady D. et al, 1995
<b>Последовательные пероральные контрацептивы, ЗГТ (эстрогены + прогестагены)</b>	?	
<b>Ожирение (Swanson C.A. et al, 1993)</b>	3—10	Austin H. et al, 1991;
<b>Синдром склерокистозных яичников</b>	нет данных	
<b>Эстроген-секретирующие опухоли яичников</b>	нет данных	
<b>Облучение малого таза</b>	8	
<b>Синдром Линча типа II</b>	3	
<b>Рак молочной железы, толстой кишки или яичников в анамнезе</b>	1,5—3,0	
<b>Семейный анамнез рака тела матки</b>	1,3—2,8	
<b>Сахарный диабет</b>	3	Weiderpass E., 1997
<b>Прием тамоксифена Andersson M., 1991; Rutqvist L.E. et al, 1993; Cook L.C, 1995</b>	2,6—4,1 (1,9—7,5)	NSABP B-14 & B-24; Fornander T., 1989;

# Гиперплазия эндометрия — изменения желез и стромы эндометрия при гиперэстрагении (*Gordon M.D. 1994*)

Простая

Сложная

Атипическая

Атипическая



чувствительна к  
гормонотерапии у 84%

Чувствительна к  
гормонотерапии у 50%

- Гиперменорея, полименорея > 6мес.;
- Кровотечения в менопаузе <1 мес.;
- Случайная находка при УЗТ.

Аспират из полости матки;  
Раздельное диагностическое выскабливание матки

## Увеличение толщины эндометрия отмечается при:

- гиперплазии эндометрия;
- полипах эндометрия;
- гипертрофических формах эндометрита;
- эктопической беременности;
- персистенции кистозного желтого тела;
- синдроме хронической ановуляции;
- лечении тамоксифеном;
- раке эндометрия;
- карциносаркоме матки;
- эндометриальной стромальной саркоме матки.



## Особенности эндометрия у больных, принимающих тамоксифен по поводу РМЖ

- В настоящее время для гормонотерапии РМЖ широко используется антиэстроген тамоксифен, являющийся «золотым стандартом» адъювантной гормонотерапии.
- Под влиянием тамоксифена повышается частота доброкачественных пролиферативных изменений эндометрия.
- Так называемая **ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ** эндометрия встречается почти у каждой третьей женщины (31,3%), находящейся в периоде постменопаузы.

# **Диагностика гиперпластических заболеваний матки.**

- **Гинекологическое исследование + пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов;**
- **Аспирационная биопсия эндометрия (информативность до 98%)**
- **Гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание;**
- **Ультразвуковое исследование с применением трансвагинального датчика.**

# Ультразвуковая томография

- Рациональное и своевременное использование УЗТ при гиперпластических процессах эндометрия вносит существенный вклад в диагностику субклинических форм рака эндометрия .
- **ЭХОГРАФИЯ не может заменить морфологическое исследование.**



- **Одной из задач трансвагинальной эхографии является выявление контингента пациенток, которым показана:**
  - **аспирационная биопсия эндометрия;**
  - **раздельное диагностическое выскабливание матки;**
  - **консервативная терапия или динамическое наблюдение.**
- **УЗТ позволяет проводить точное измерение толщины и оценку изображения структуры слизистой матки у большинства (особенно тучных) пациенток.**

# Методика ультразвукового исследования эндометрия

Продольная плоскость



Поперечная плоскость



Retroflexio

- **УЗ -параметры оценки эндометрия:**
  - толщина и структура.

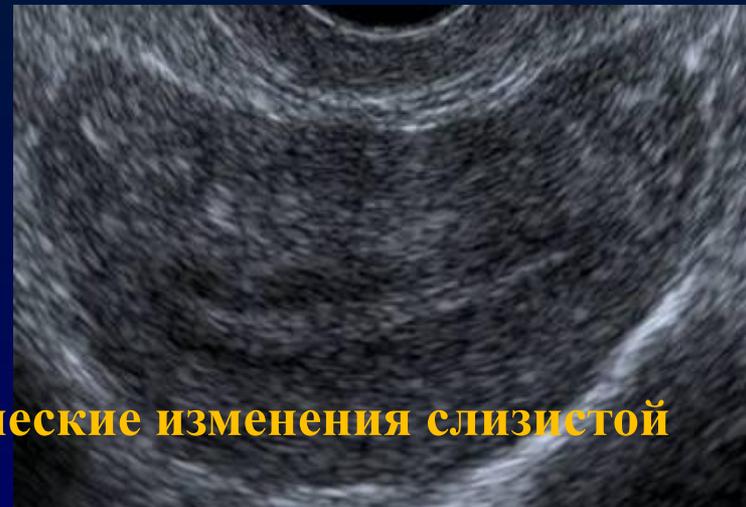
- **Толщина эндометрия (ТЭ) –**
  - передне-задний размер при продольном сканировании
    - не включает в себя внутренний гипоэхогенный слой миометрия
    - представляет собой толщину двух слоев слизистой матки

- **«Ширина» эндометрия – условно размер в поперечной плоскости, измеренный на уровне устьев маточных труб.**

- **Толщина эндометрия в постменопаузе:**
  - при ТЭ < 6 мм гистологически – атрофические изменения слизистой
  - при ТЭ >6 мм – патология эндометрия



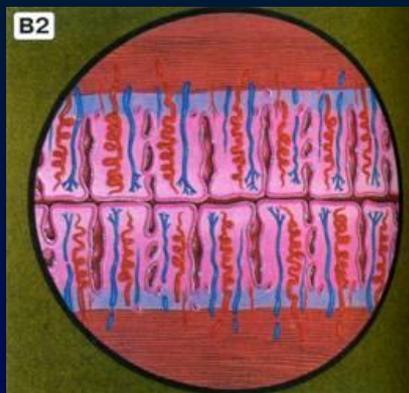
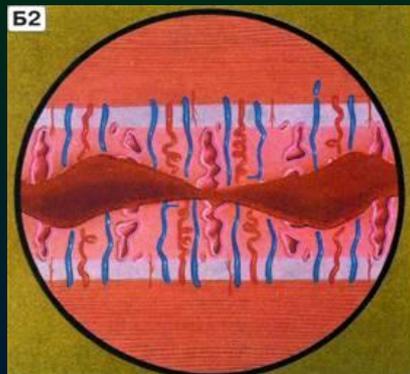
**Репродуктивный возраст:**  
наружный базальный слой и  
внутренний функциональный



# Ультразвуковое изображение эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла

- Ранняя стадия фазы пролиферации - структура эндометрия - изоэхогенная, толщина 4-6 мм.
- Перивуляторный период: эндометрий в виде многослойной структуры. толщина эндометрия 5-8 мм.

В фазу секреции структура эндометрия повышенной эхогенности, появление эффекта усиления звукопроводимости. толщина эндометрия 12-14 мм

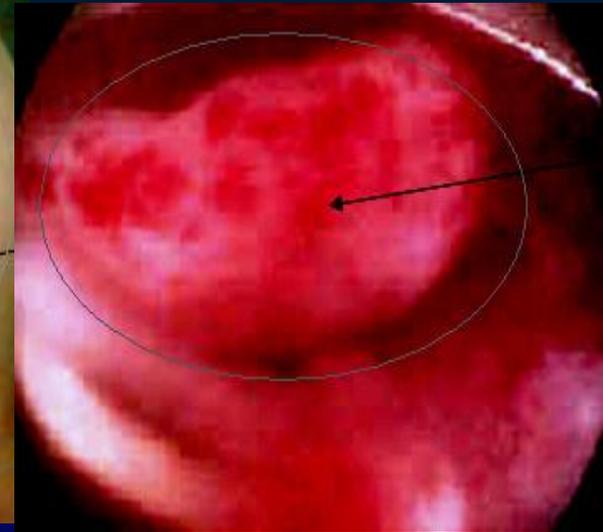
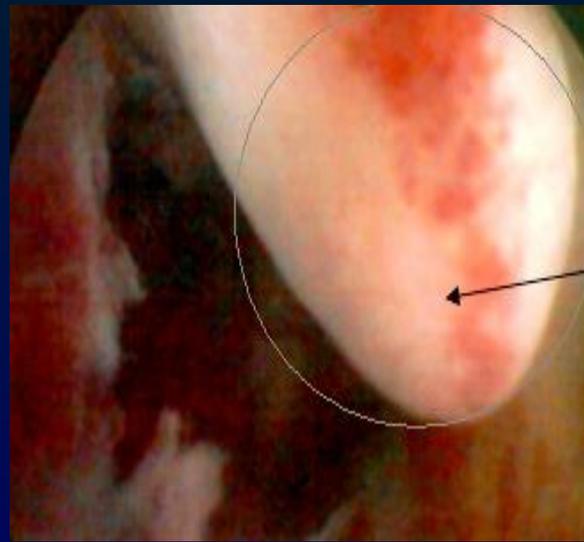


# Гистероскопия.

- *Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, пациентка с гиперплазией эндометрия не может считаться полностью обследованной, если ей не была проведена гистероскопия.*
- Прицельная биопсия эндометрия повышает точность диагностики до 100%.

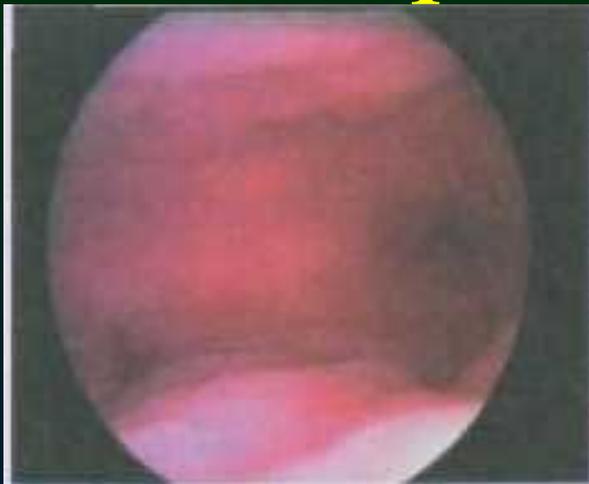


*норма*



*Полип эндометрия*

# Гистероскопия.



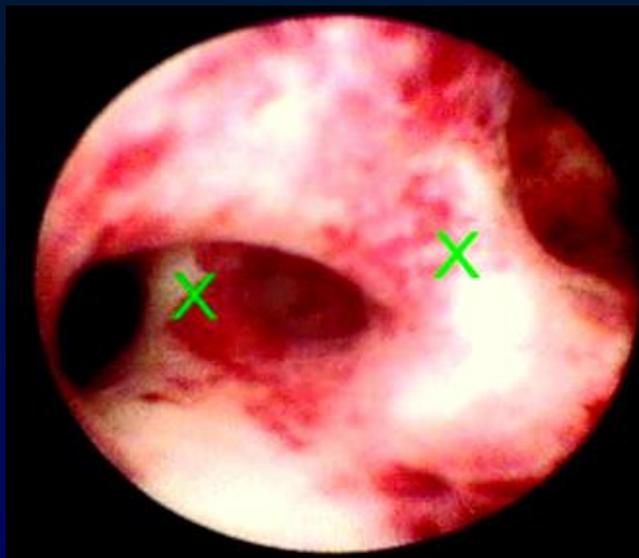
*Фаза пролиферации*



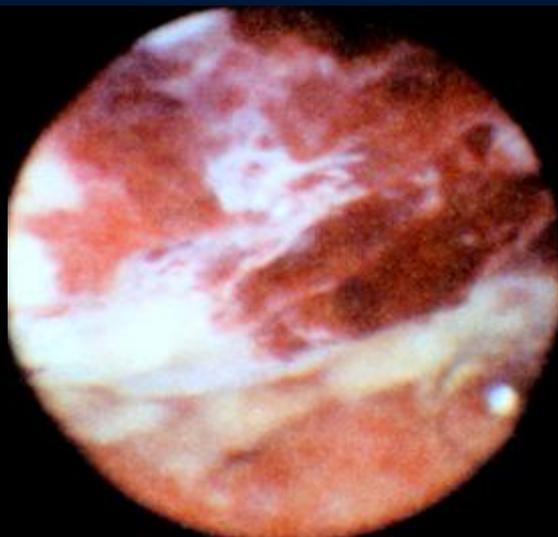
*Фаза секреции*



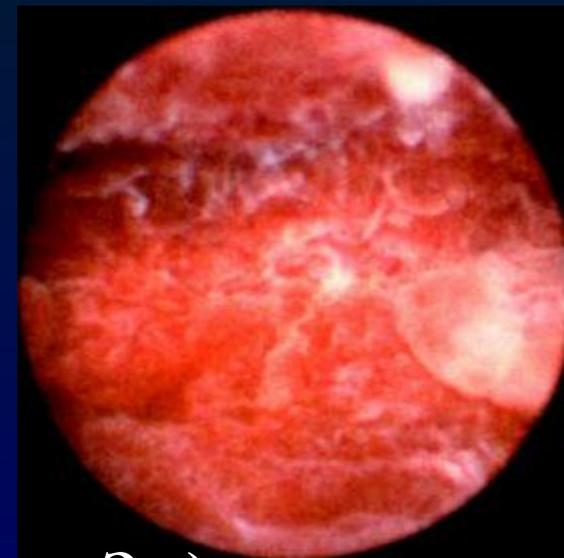
*Полип эндометрия*



*Гиперплазия Э*



*Рак эндометрия*



*Эндометрит*

# Принципы лечения гиперплазии эндометрия.

**ВОЗРАСТ БОЛЬНОЙ**

**Репродуктивный**

**Пременопауза и ранняя  
менопауза <1 года**

**Менопауза**

**Задача лечения**

**Восстановить  
овуляцию**

**Подавить менструальную  
функцию**

**Вызвать атрофию  
эндометрия**

**Приоритетный метод лечения**

**Гормонотерапия**

**Гормонотерапия  
и/или хирургия**

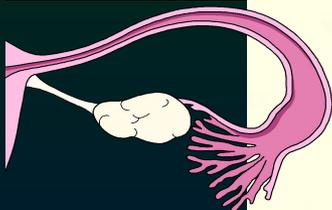
**Хирургия**

# Мишени для гормонотерапии

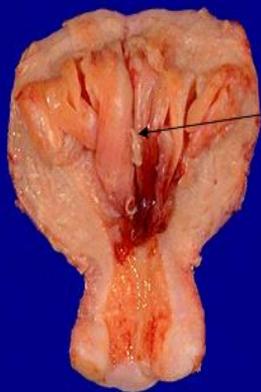
агонисты РГ ЛГ

Гонадотропины  
(ФСГ + ЛГ)

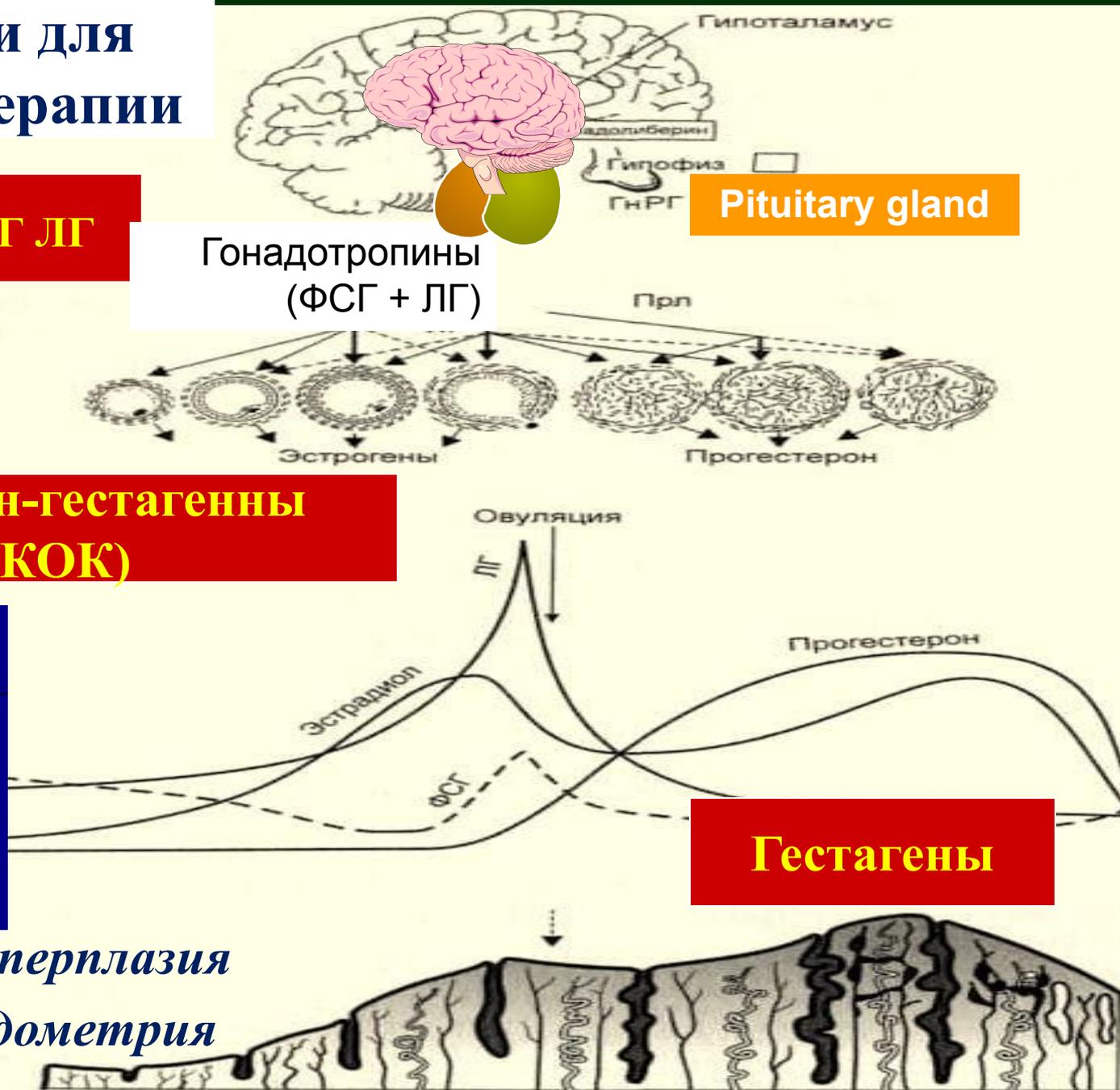
Pituitary gland



Эстраген-гестагены  
(КОК)



Гиперплазия  
эндометрия



Гестагены

## Репродуктивный возраст больной ГЭ.

Цитологический или морфологический диагноз:  
простая или сложная гиперплазия эндометрия (ГЭ)  
без атипии клеток (риск РТМ 1-2%)

Восстановить овуляцию

Эстраген-гестагены:  
ЖАНИН,  
ЯРИНА, ДЖЕС

Контроль по аспирату из ПМ и  
УЗИ (в первую фазу цикла)  
через 3, 6 мес и 1 год

При малой эффективности эстроген-гестагенных препаратов - перейти на  
дюфастон по 20 мг в сутки с 11-14 по 25 дни цикла,  
синтетические агонисты РГ ЛГ применяются при противопоказаниях ЭП.

<b>Данные анамнеза</b>	<b>Симптомы</b>	<b>Приоритет в выборе препарата.</b>
<b>Характер менструации</b>	<b>удлиненный, обильные, иногда болезненные</b>	<b>Выраженные симптомы: Низкая доза эстрагенов, высокая доза гестагенов: Новинет, Ригевидон, Овидон, Микрогинон и т.д.</b>
<b>Межменструальные кровотечения</b>	<b>есть</b>	
<b>Предменструальная напряженность молочных желез</b>	<b>есть</b>	
<b>Эмоциональная лабильность</b>	<b>невротического характера</b>	
<b>Сухость влагалища</b>	<b>есть</b>	
<b>Миома</b>	<b>есть</b>	<b>При невыраженных симптомах: Жанин, Регулон, Фемоден, Силест, Три-Регол, Тризистон и т.д.</b>
<b>Мастопатия</b>	<b>есть</b>	
<b>Эндометриоз</b>	<b>есть</b>	

# Принципы лечения при АГЭ (репродуктивный возраст).

Атипичическая гиперплазия эндометрия (АГЭ).  
Риск развития РТМ – 3%

Гистероскопия. обязательно РДВ.

Необходимо подавить  
менструальную функцию > 6 мес.,  
нормализовать эндометрий

**Гестагены:**  
дюфастон 20мг 14/16-26 дни,  
провера 10мг 16 -26дни,  
**МИРЕНА,**  
утрожестан 400мг

**синтетические агонисты РГ ЛГ:**  
гозерелин (Золадекс ),  
лейпрорелин (Люкрин-депо),  
Трипторелин (Декапептил,  
Диферелин),  
Бусерелин



# Принципы лечения при ГЭ без атипии (предклимактерический и ранний климактерический период).

гиперплазия эндометрия без атипии клеток (ГЭ).  
Риск развития РТМ - 5%.

Гистероскопия. обязательно РДВ.

Необходимо подавить  
менструальную функцию.

Гестагены:  
дюфастон 20мг, провера 10мг  
(непрерывный режим),  
МИРЕНА,  
утрожестан 400мг

Контроль по аспирату из ПМ и  
УЗИ через 3, 6мес и 1 год

Аблацио эндометрия,  
гистерэктомия

## Принципы лечения при атипичической ГЭ (предклимактерический и ранний климактерический период).

гиперплазия эндометрия с атипией клеток (АГЭ).  
Риск развития РТМ : простая АГЭ – 8%, сложная АГЭ -29%

Гистероскопия. обязательно РДВ

Контроль по РДВ и  
УЗИ через 3, 6мес и 1 год

Гестагены: 17-ОПК,  
провера 10мг  
МИРЕНА

Предпочтение хирургии:  
аблацио эндометрия,  
Эндоскопическая  
гистерэктомия

## Принципы лечения при простой и атипической ГЭ (климактерический период более года).

гиперплазия эндометрия  
без атипии клеток (ГЭ).  
Риск РТМ 30- 35%

гиперплазия эндометрия  
с атипией клеток (АГЭ).  
Риск РТМ 60%

Гистероскопия. обязательно РДВ

Наблюдение и контроль по РДВ и  
УЗИ через 3, 6мес и 1 год

Полное обследование,  
колоноскопия  
маммография  
Гестагены: 17-ОПК,  
провера 10мг

**ХИРУРГИЯ !**  
аблацио эндометрия,  
Гистерэктомия.

# Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

Гестогены	Без атипии клеток	атипия клеток
<b>Медروксипрогестерон 10-20 мг/сут</b> Депо-Провера: инъекционная суспензия 3,3 мл и 6,7 мл во флаконах. «Фармация и Апджон» Провера: таблетки 5 мг. «Фармация и Апджон» Циклотал: таблетки 100 мг и 500 мг. «Си Эс Си»	84% рецидив 6%	50% Рецидив 25% и 25% рак
<b>Мегестрол 20-40 мг/сутки</b> (Мегейс, Мегаплекс, Мегестрола ацетат)	18(24,3%)	21(60%)
<b>Гестонорона капроат (Депостат 200-400 мг каждые 7 дней -12 недель</b>	-	57%

# Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

агонисты гонадотропных релизинг-гормонов	Без атипии клеток	атипия клеток
<p><b>Золадекс 3,75мг/ в 28 дней</b> <b>Бусерилин 150мкг Х3 раза в сутки интранозально , в первые 1-2 дня менструации или 3,75 мг п/к раз в 28 дней;</b> <b>лейпролид ацетат</b> <b>трипторелин 525мкг (депо форма 4,12 мг)</b> <b>+ тиболон 2,5мг ежедневно</b></p>	<p><b>98%, рецидив 2,3%</b></p>	<p><b>60-70%</b></p>

# Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

Гестогены	Без атипии клеток	атипия клеток
<b>Дидрогестерон (Дюфастон) 10-20 мг/сутки 5-26 дни</b>	<b>80%, рецидив 15%</b>	<b>40%</b>

## Сопутствующая терапия:

**Препараты железа , препараты для снижения массы  
тела (меридиа, ксеникал, фенотропил), препараты  
магния (Магний В6), Лонгидаза.**

# Принципы лечения гиперплазии эндометрия

**Эстроген –гестагенные препараты:**

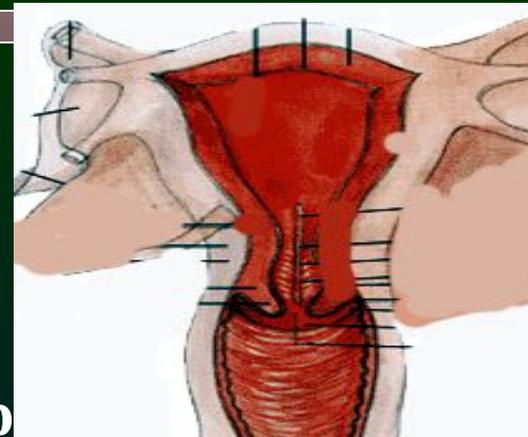
**Логест, Жанин, Минизистон и др:** гестоден 0,075 мг или диеногест 2мг, левоноргестрел 125 мкг и этинилэстрадиол 0,02 -**0,05**мг

**Нормализация  
менструального цикла**

**Восстановленная овуляция после отмены**

**Подавление пролиферации эндометрия**

# Рак тела матки



- Первое ранговое место по заболеваемости раком женских половых органов, четвертое – по онкологической заболеваемости среди женщин.

- Седьмое ранговое место среди причин смерти от злокачественных опухолей у женщин.

- Существует два патогенетических варианта рака эндометрия. Первый вариант – гормонозависимая опухоль, второй – не гормонозависимая;

- 80% больных старше 50 лет, диагностируется в I стадии у 40% больных.

# Скрининг !?

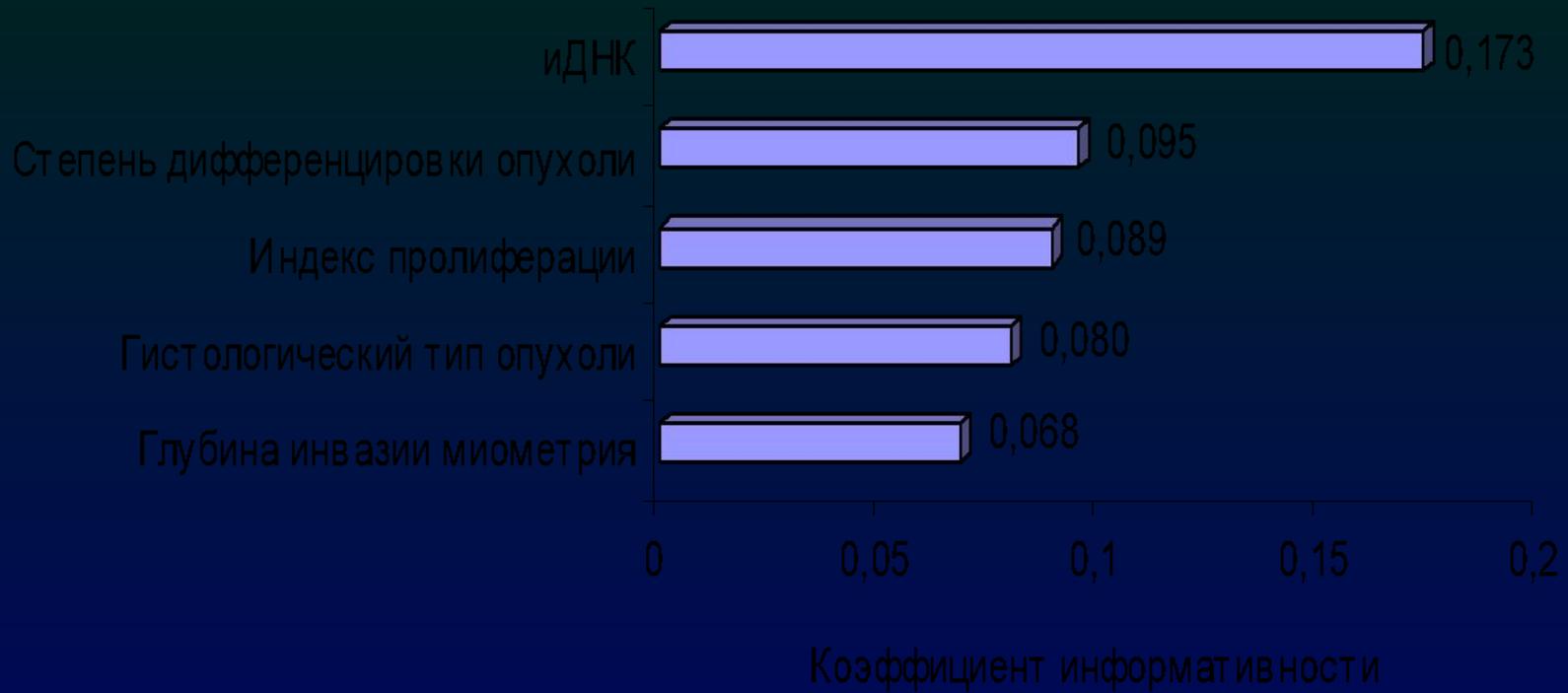
- Трансвагинальное УЗИ, аспирационная биопсия эндометрия, исследование СА-125 непригодны для скрининга из-за высокой стоимости и недостаточной информативности;
- В настоящий момент еще нет рекомендаций по созданию групп риска РТМ: ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, поздняя менопауза, колоректальный рак и проведению скрининга именно в них;
- У 70—80% больных распространенность опухоли соответствует I—II стадиям (FIGO) (Abeler V.M. et al, 1991; Pettersson F., 1995)
- Опухоль растет достаточно медленно, поэтому отсутствие скрининга мало влияет на выживаемость (Menczer J. et al., 1995)

**Современная ультразвуковая техника позволяет проанализировать **более половины** факторов прогноза.**

**Сонография  
РТМ.**

- **Возраст**
- **Гистологический тип опухоли**
- **Степень дифференцировки опухоли**
- **Глубина инвазии миометрия**
- **Переход на перешеек или шейку матки**
- **Метастазы в яичниках, метастазы в лимфоузлах**
- **Диссеминация по брюшине**
- **Размеры опухоли**
- **Наличие опухолевых эмболов в лимфатических щелях**
- **Наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости**
- **Содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли**

# Информативность различных факторов прогноза при РТМ



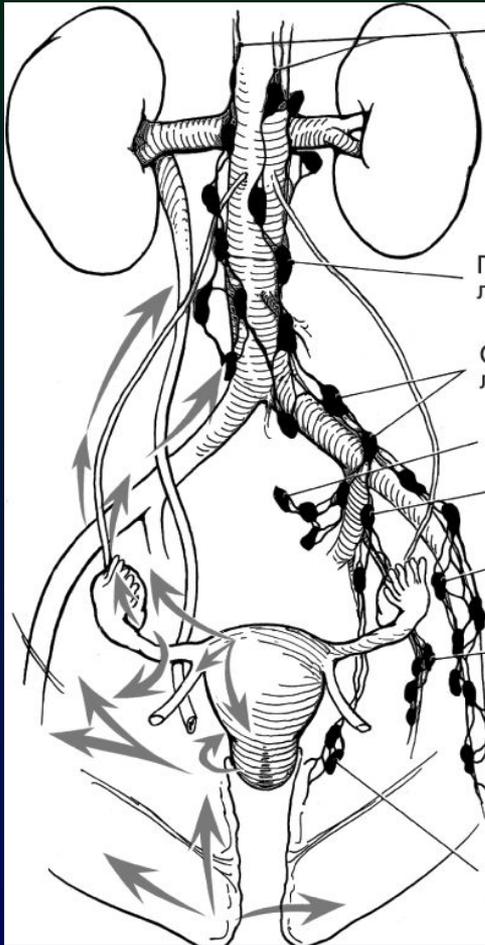
# Основные направления в диагностике РТМ.

- Ранняя, доклиническая диагностика гиперпластических процессов эндометрия;
- Поиски признаков начальных стадий рака эндометрия;
- Определение местного распространения опухоли;
- Выявление регионарных и отдаленных метастазов;
- Ультразвуковой мониторинг гормональной и лучевой терапии, а также раннее выявление рецидивов заболевания.

- «Регионарные лимфатические узлы могут стать либо губительной ловушкой, либо оазисом для мигрирующих опухолевых клеток»

Д.Лейтон (1967)

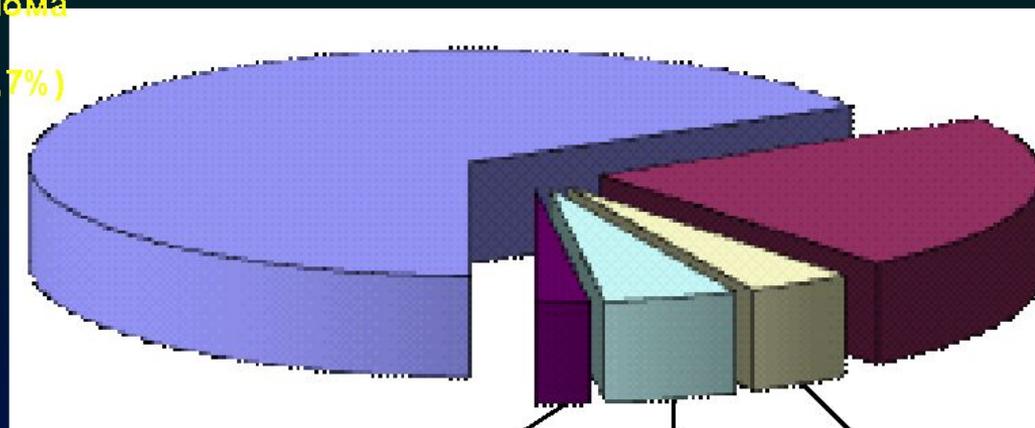
# Пути метастазирования



- **I клиническая стадия**
  - тазовые лимфатические узлы — 10%
  - поясничные лимфатические узлы — 6%
- **II клиническая стадия**
  - тазовые лимфатические узлы — 36%
  - поясничные лимфатические узлы — 23%

# Гистологические варианты РТМ.

Аденокарцинома  
(68  
больных, 66,7%)



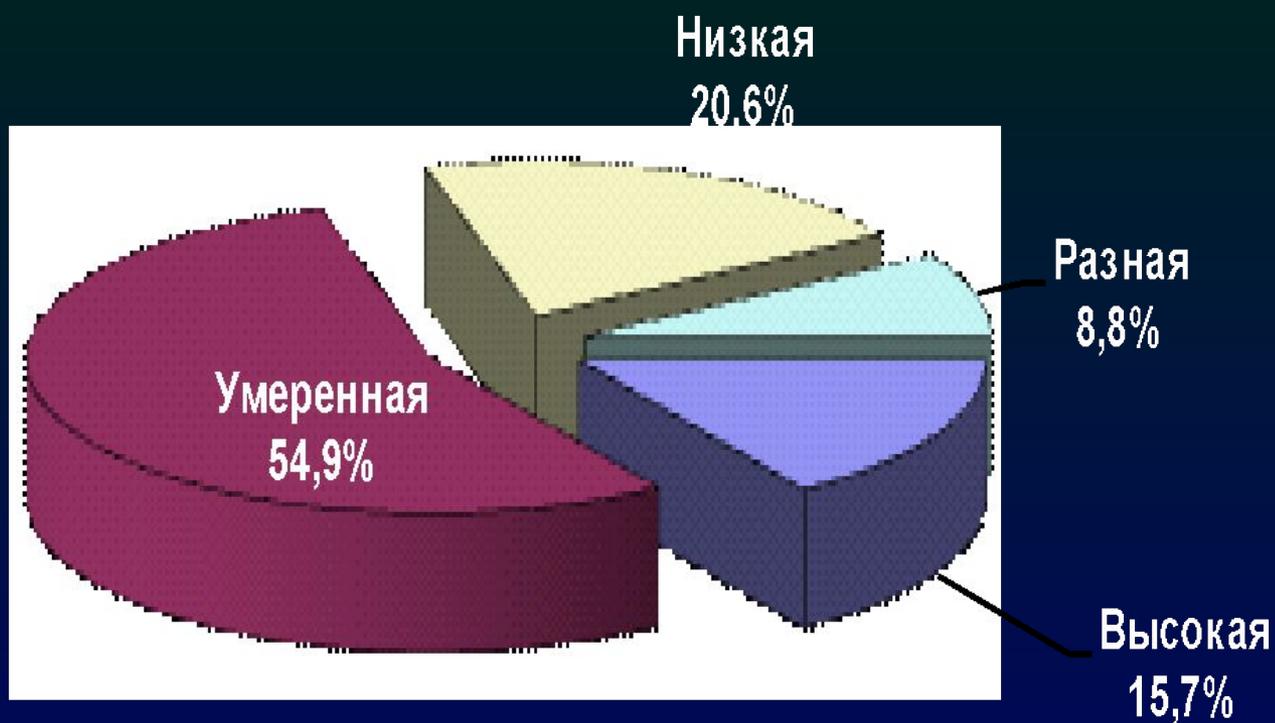
Аденокарцинома с  
плоскоклеточной  
метаплазией  
(23  
больные, 22,5%)

Папиллярный  
серозный рак  
(2 больные, 2,0%)

Плоскоклеточный  
рак  
(5 больных, 4,9%)

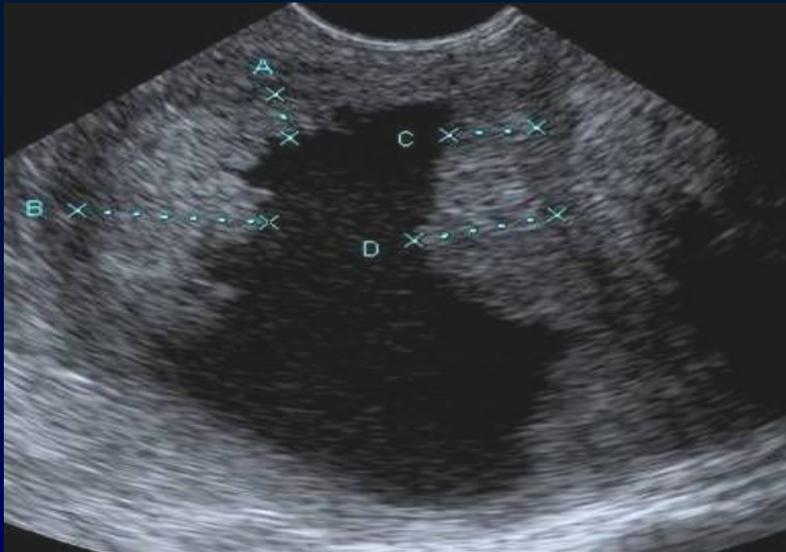
Светлоклеточный  
рак  
(4 больные, 3,9%)

# Степень дифференцировки опухоли РТМ

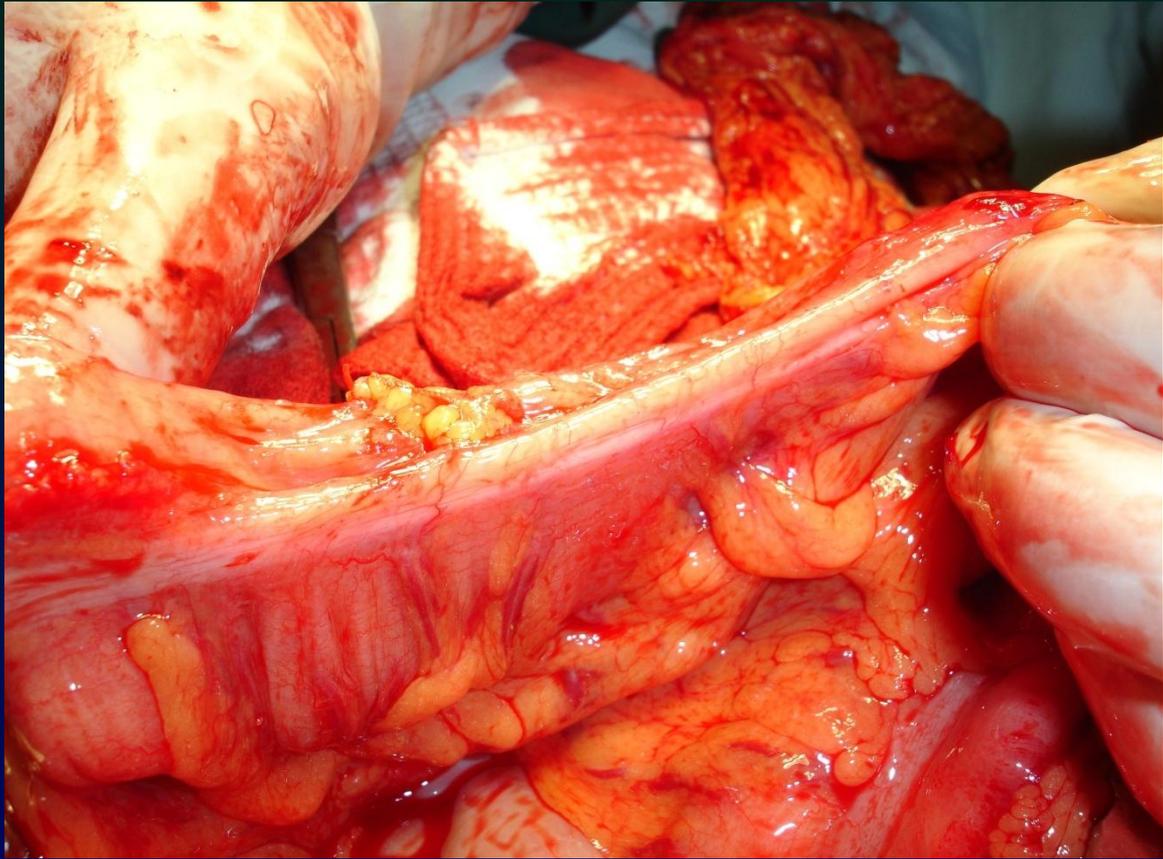


# УЗ-диагностика РТМ

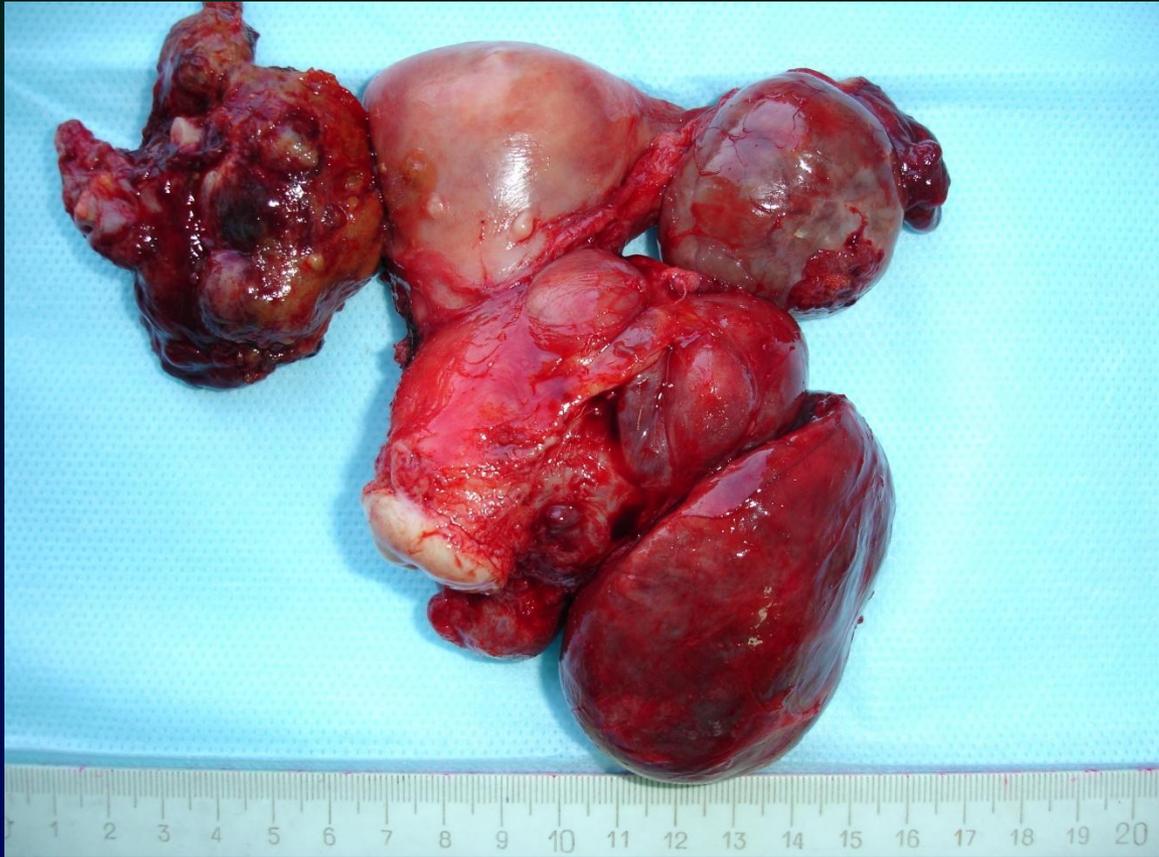
T1a	IA	Опухоль не выходит за пределы эндометрия
T1b	IB	Опухоль прорастает не более чем на $\frac{1}{2}$ толщины миометрия
T1c	IC	Опухоль прорастает более чем на $\frac{1}{2}$ толщины миометрия

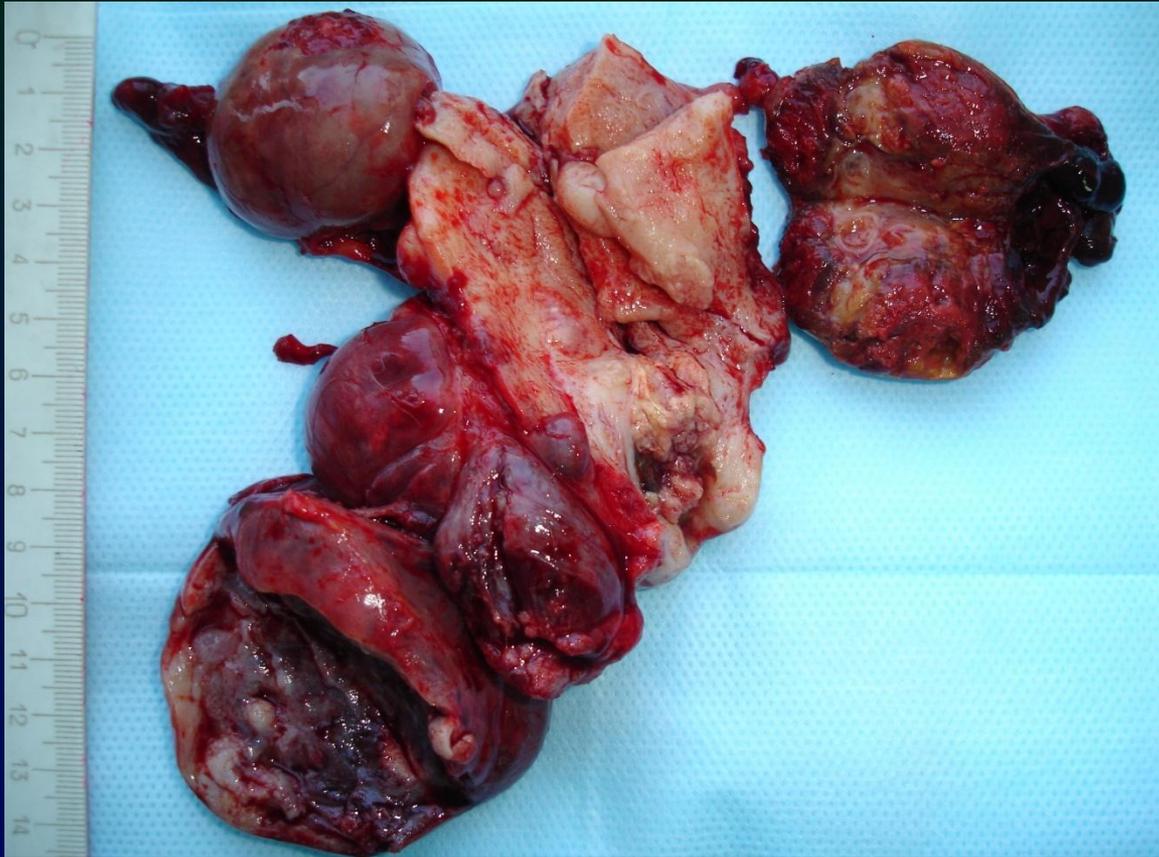






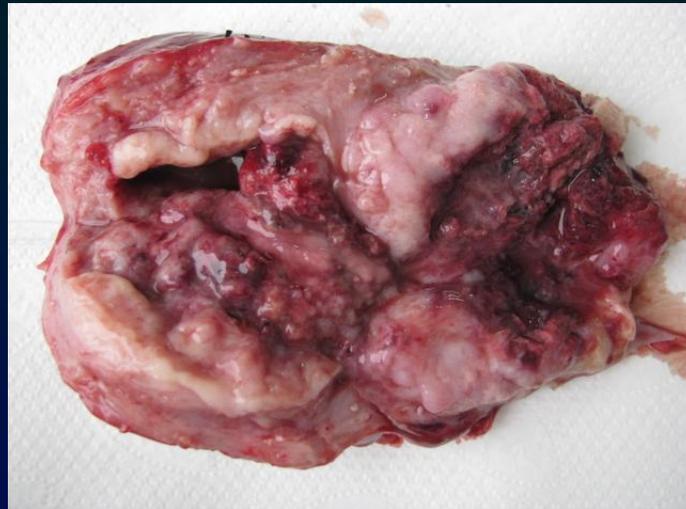


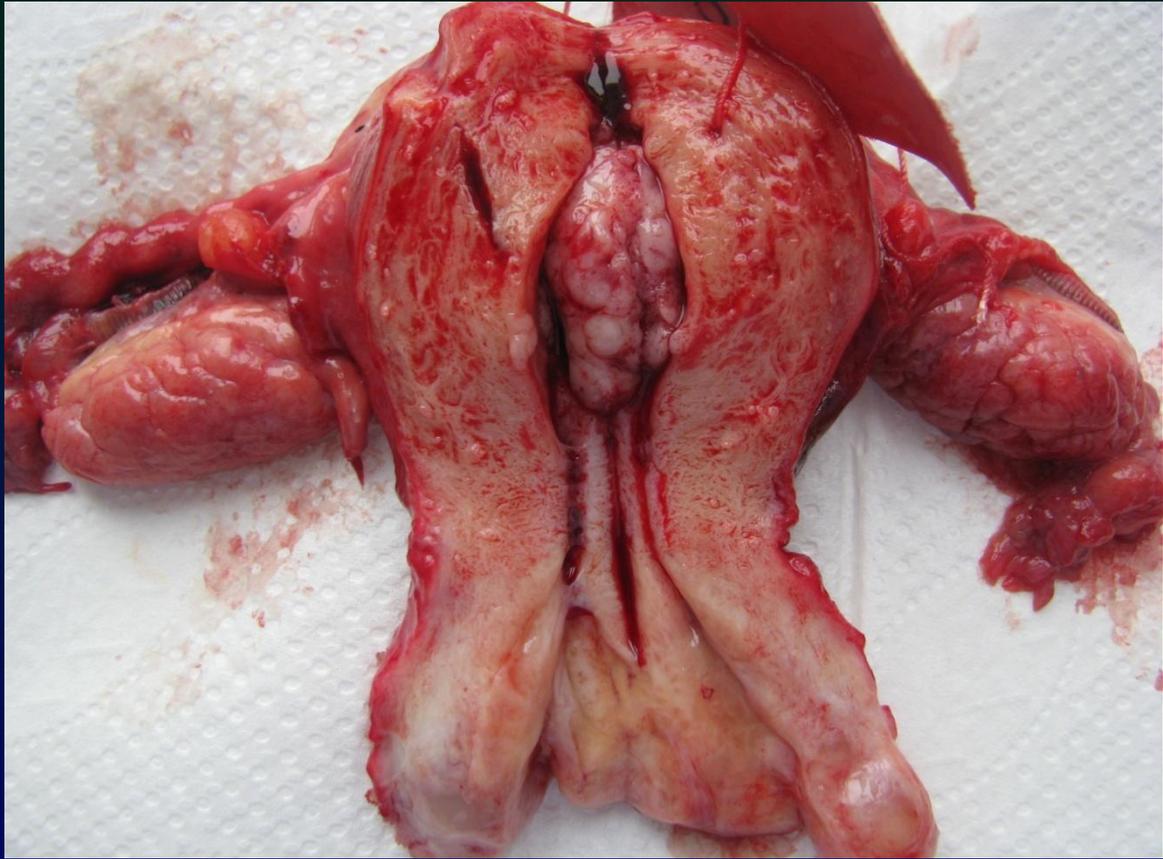


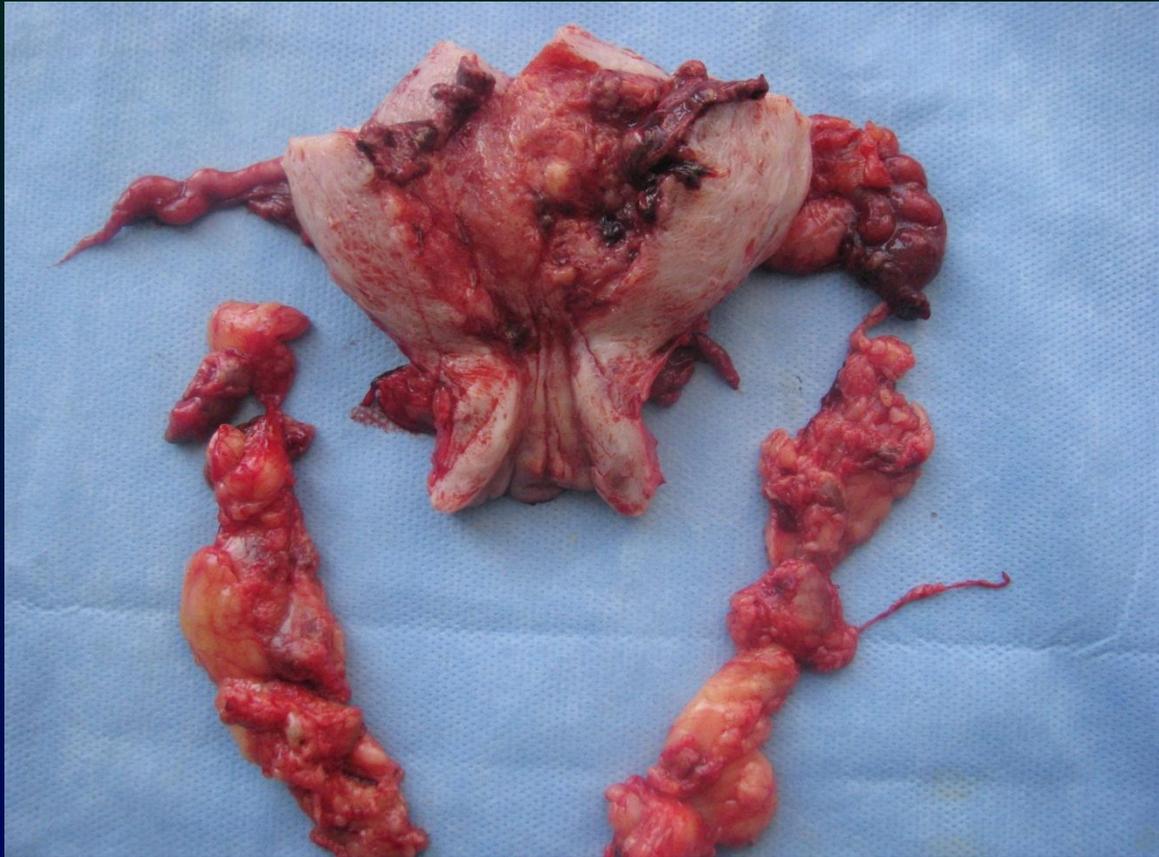


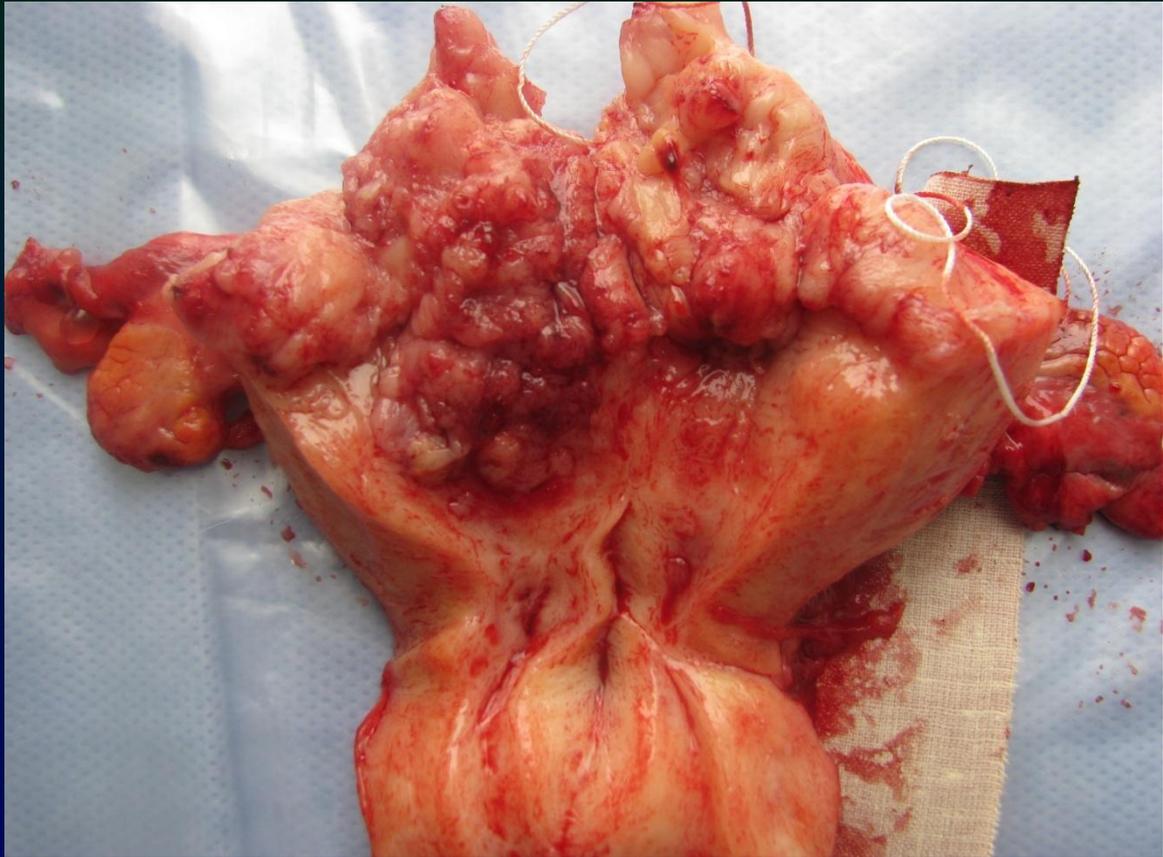


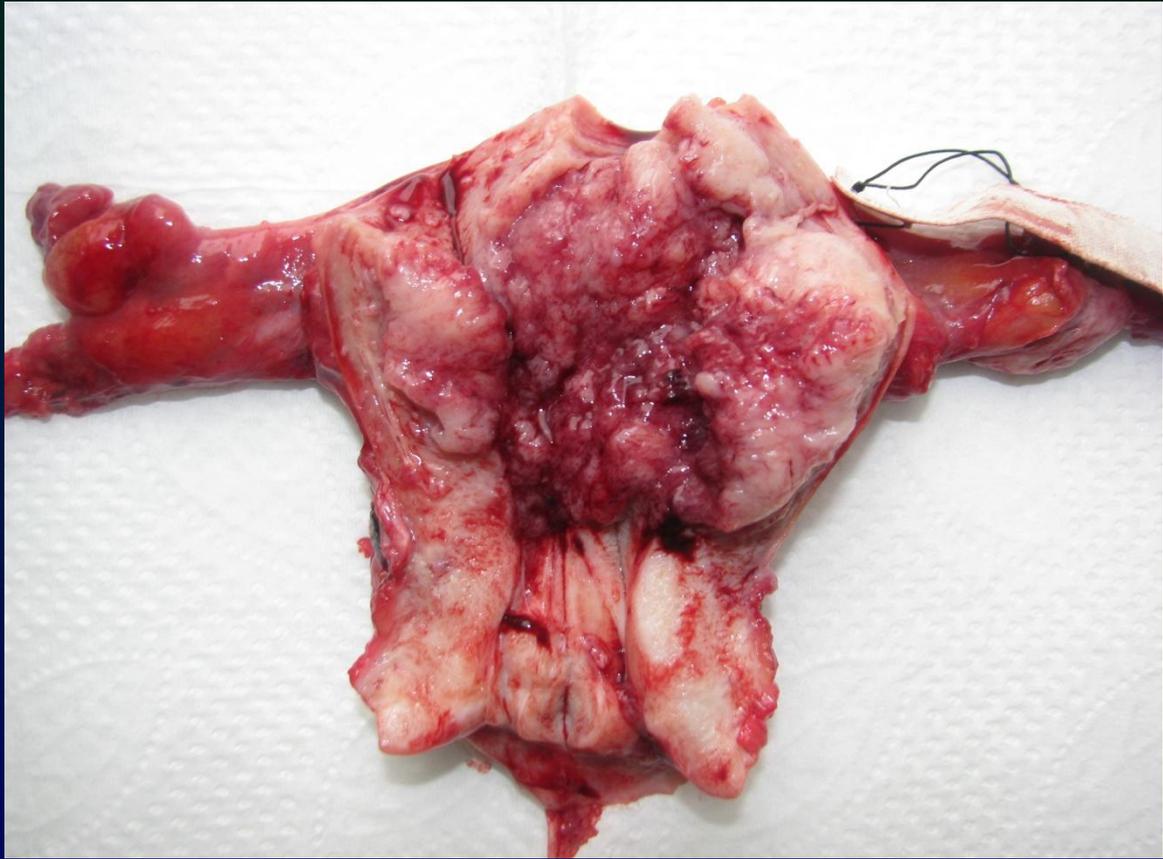




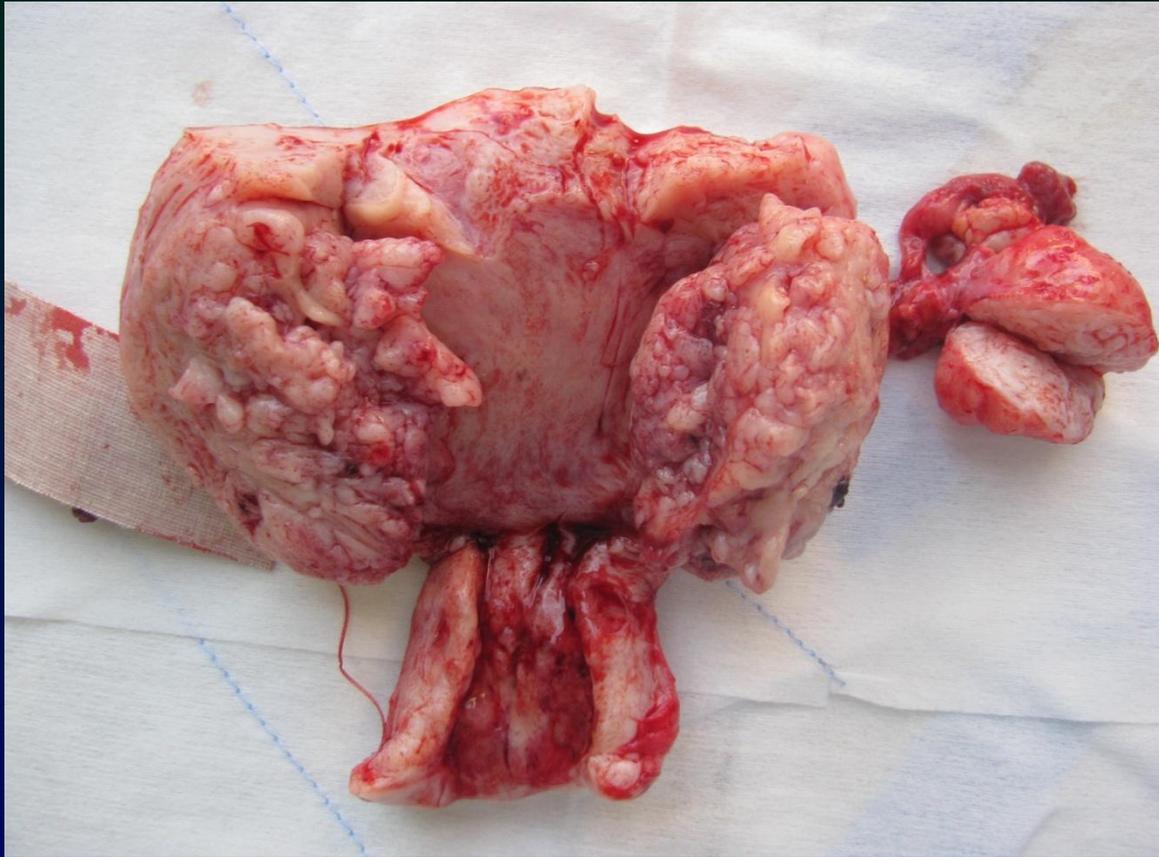






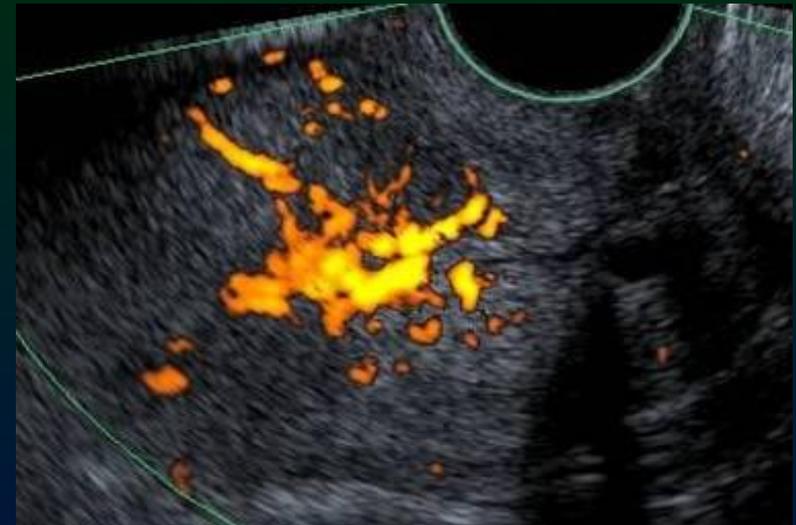






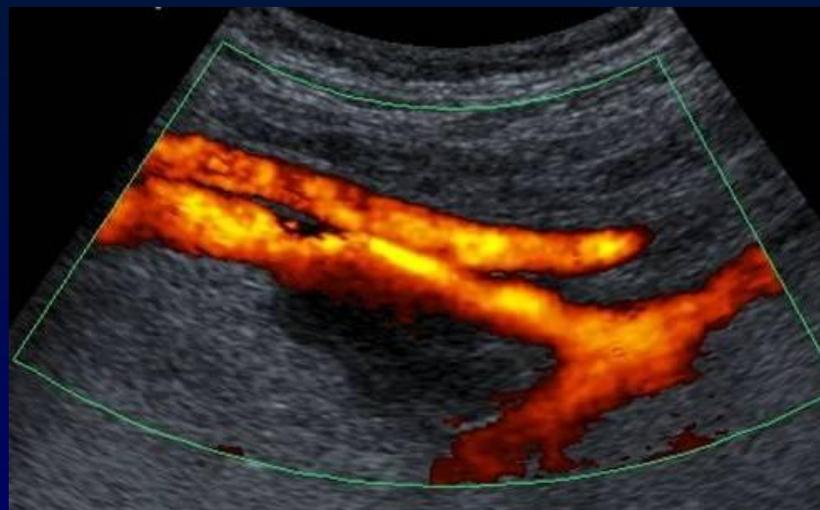
# Возможности эхографии при определении стадии РТМ

T2	II	Опухоль прорастает в шейку матки, но не выходит за пределы матки
T2a	IIA	Поражение только слизистой шейки матки
T2b	IIB	Поражение стромы шейки матки



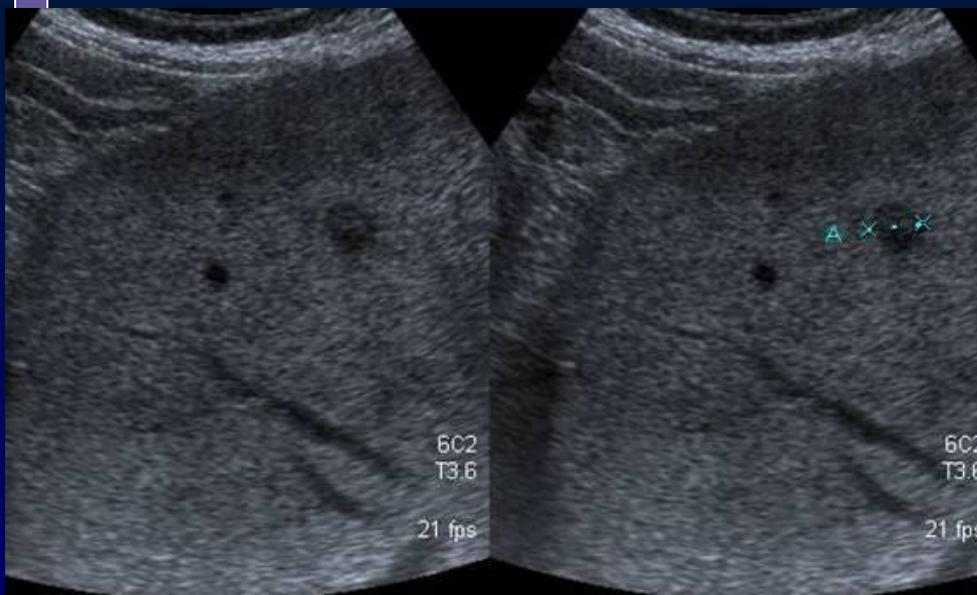
# Возможности эхографии при определении стадии РТМ

<b>T3 и/или N1</b>	<b>III</b>	<b>Местное и/или регионарное распространение</b>
<b>T3a</b>	<b>IIIA</b>	Опухоль поражает серозную оболочку и/или придатки матки (прорастание или метастазы) и/или наличие раковых клеток в жидкости из брюшной полости
<b>T3b</b>	<b>IIIB</b>	Опухоль поражает влагалище (прорастание или метастазы)
<b>N1</b>	<b>IIIC</b>	Метастазы в тазовых и/или парааортальных лимфоузлах



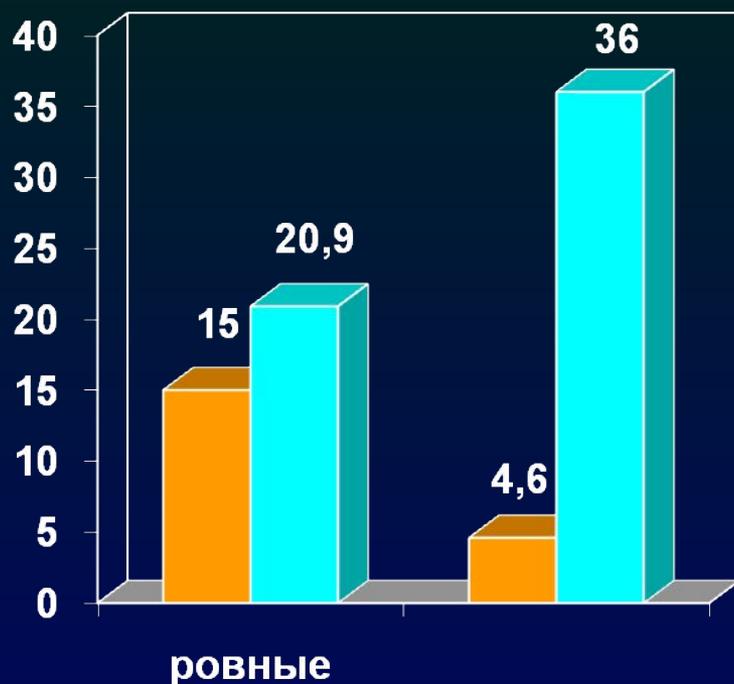
# Возможности эхографии при определении стадии РТМ

<b>T4</b>	<b>IVA</b>	<b>Распространение опухоли на слизистую мочевого пузыря и/или кишечника</b>
<b>M1</b>	<b>IVB</b>	<b>Отдаленные метастазы</b>



# Ультразвуковые признаки инвазии опухоли эндометрия в миометрий

## Контуры гипоэхогенного ободка



- поверхностная инвазия
- глубокая инвазия

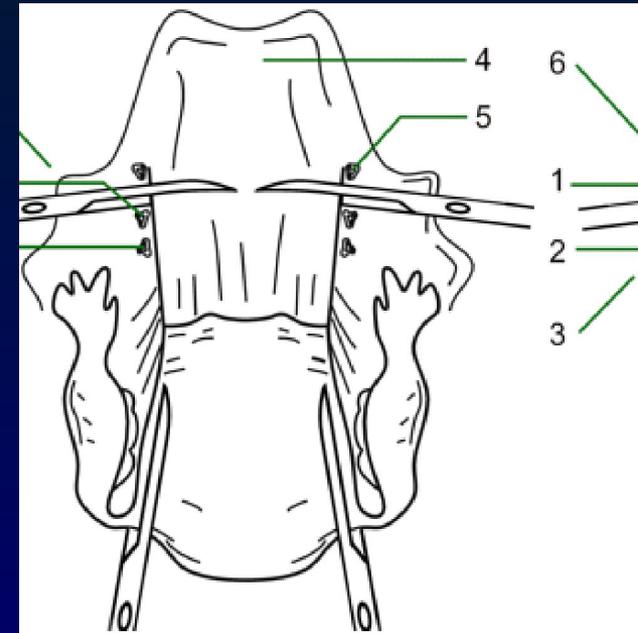
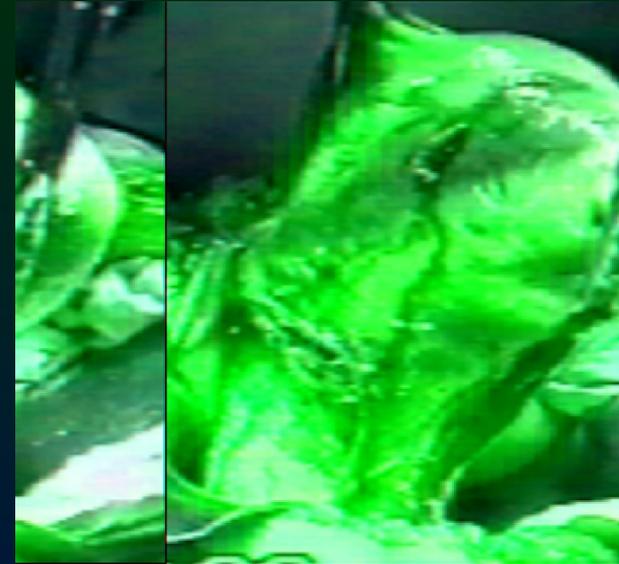
## Конфигурация границы между опухолью и миометрием



- поверхностная инвазия
- глубокая инвазия

# Обязательные этапы операции при РТМ

1. Лапаротомия
2. Экстрафасциальная экстирпация матки с придатками и смывы из брюшной полости.
3. Ревизия органов брюшной полости, биопсия увеличенных подвздошных, поясничных лимфатических узлов.
4. По показаниям селективная лимфаденэктомия забрюшинных лимфатических узлов, удаление большого сальника при серозном РТМ



# Принципы хирургии РТМ.

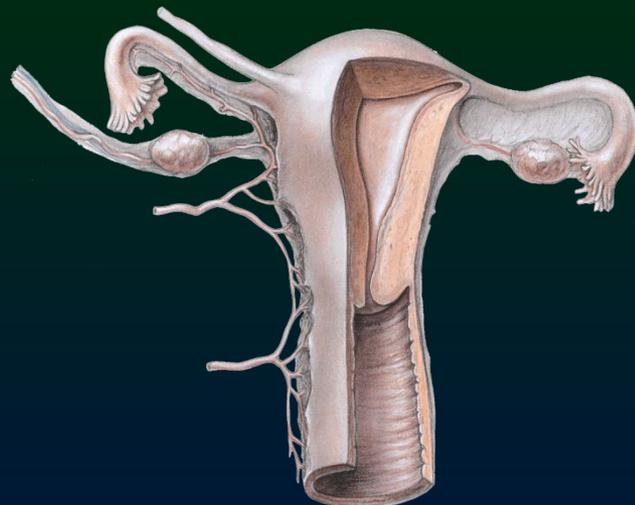
Низкий риск	Экстирпация матки с придатками, смывы из брюшной полости
Промежуточный риск	+ тазовая лимфаденэктомия
Высокий риск	+ поясничная лимфаденэктомия

# Органосохраняющее лечение.

- Редкость рака тела матки у женщин детородного возраста не позволяет дать общих рекомендаций по органосохраняющему лечению рака тела матки.
- Согласно современным рекомендациям, абляция и резекция эндометрия при атипичической гиперплазии и раке тела матки вне клинических исследований противопоказаны (Winter R., Pickel H., 2003)
- Сохранение яичников у женщин детородного возраста
  - неадекватное определение морфологической стадии и серьезные ошибки при планировании лечения
  - риск метастазов в яичниках 10,5% (Connell P. et al, 1999)
  - синхронный и метакхронный рак яичников наблюдается в 1,4—3,8% случаев рака женских половых органов (Prat J., 1991)
  - после лечения возможна заместительная гормональная терапия

## Современный стандарт лечения (ASCO 2006).

- *хирургическое - 32%*
- *комбинированное – 23-27%*  
*(операция + лучевая терапия)*
- *комплексное - 10-15%*  
*(операция + химиотерапия + лучевая терапия)*
- *только лучевая терапия - 5%*
- *только гормонотерапия – 3%*
- *гормонотерапия в сочетании с одним из методов - 5-10%*

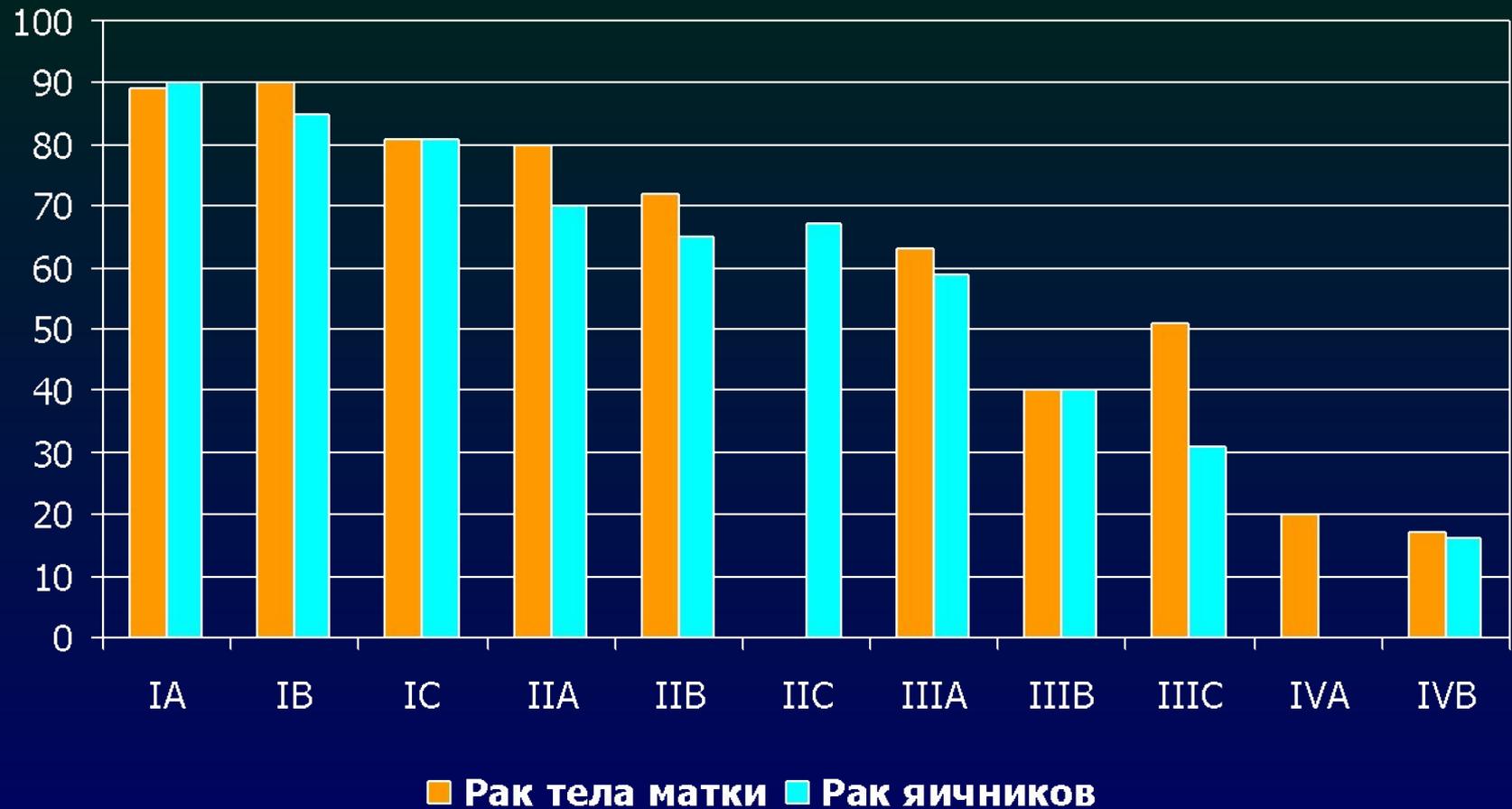


# Гормонотерапия РТМ.

- Адьювантная гормонотерапия неэффективна [Lewis G.C. et al, 1974; Kauppila A., 1984; DePalo G. et al, 1985; MacDonald R.R. et al, 1988; Vergote I. et al, 1989]
- Эффективность при диссеминированном раке тела матки и при прогрессировании зависит от:
  - степени дифференцировки опухоли;
  - уровней рецепторов стероидных гормонов в опухоли;
- Частота частичных и полных ремиссий 11—19%, стабилизации 15—52% [Piver et al., 1980; Podratz et al., 1985; Thigpen et al, 1986];
- Эффективность лечения не зависит ни от используемого препарата, ни от режима его назначения.

# Результаты лечения

(FIGO Annual Report, 2005)



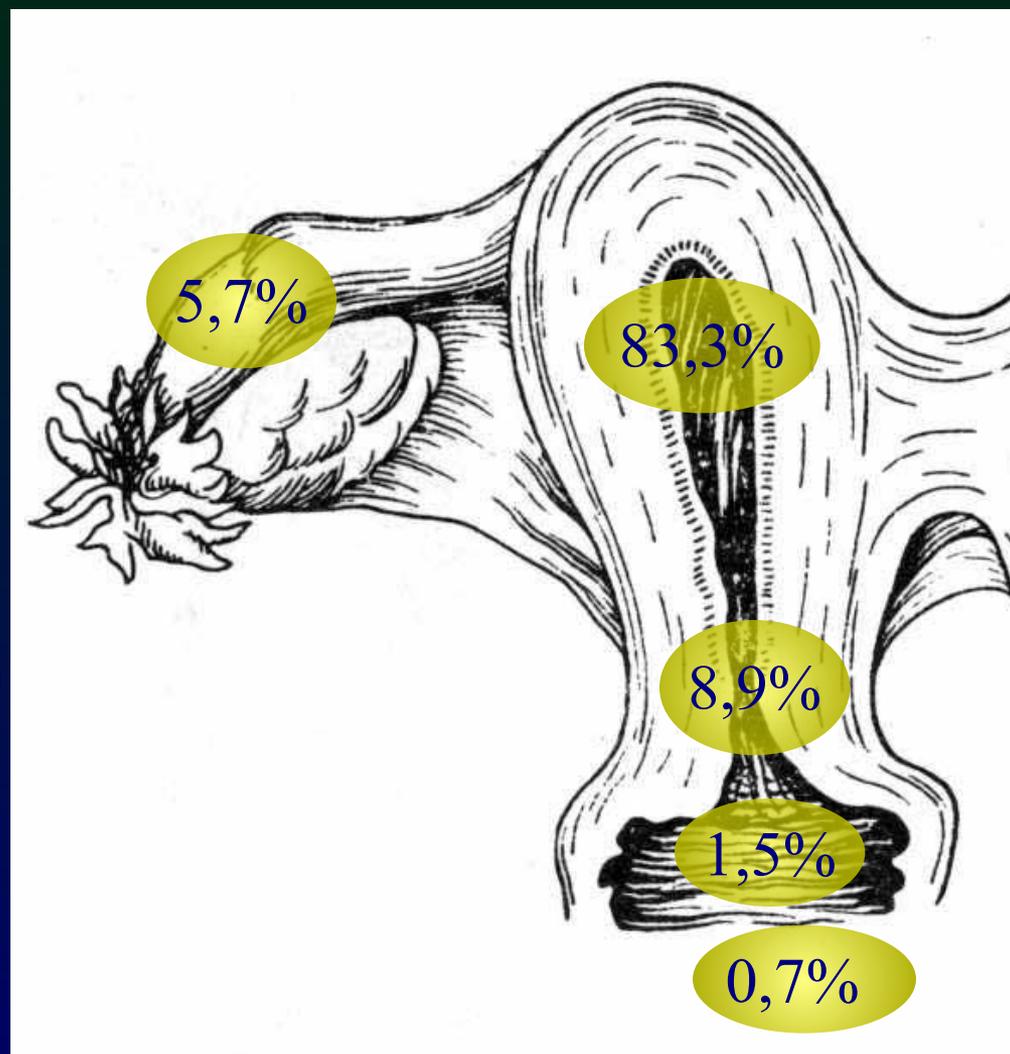
**Злокачественные  
мезенхимальные опухоли  
женских половых органов  
(клиника, диагностика, лечение,  
факторы прогноза).**

# Классификация сарком матки

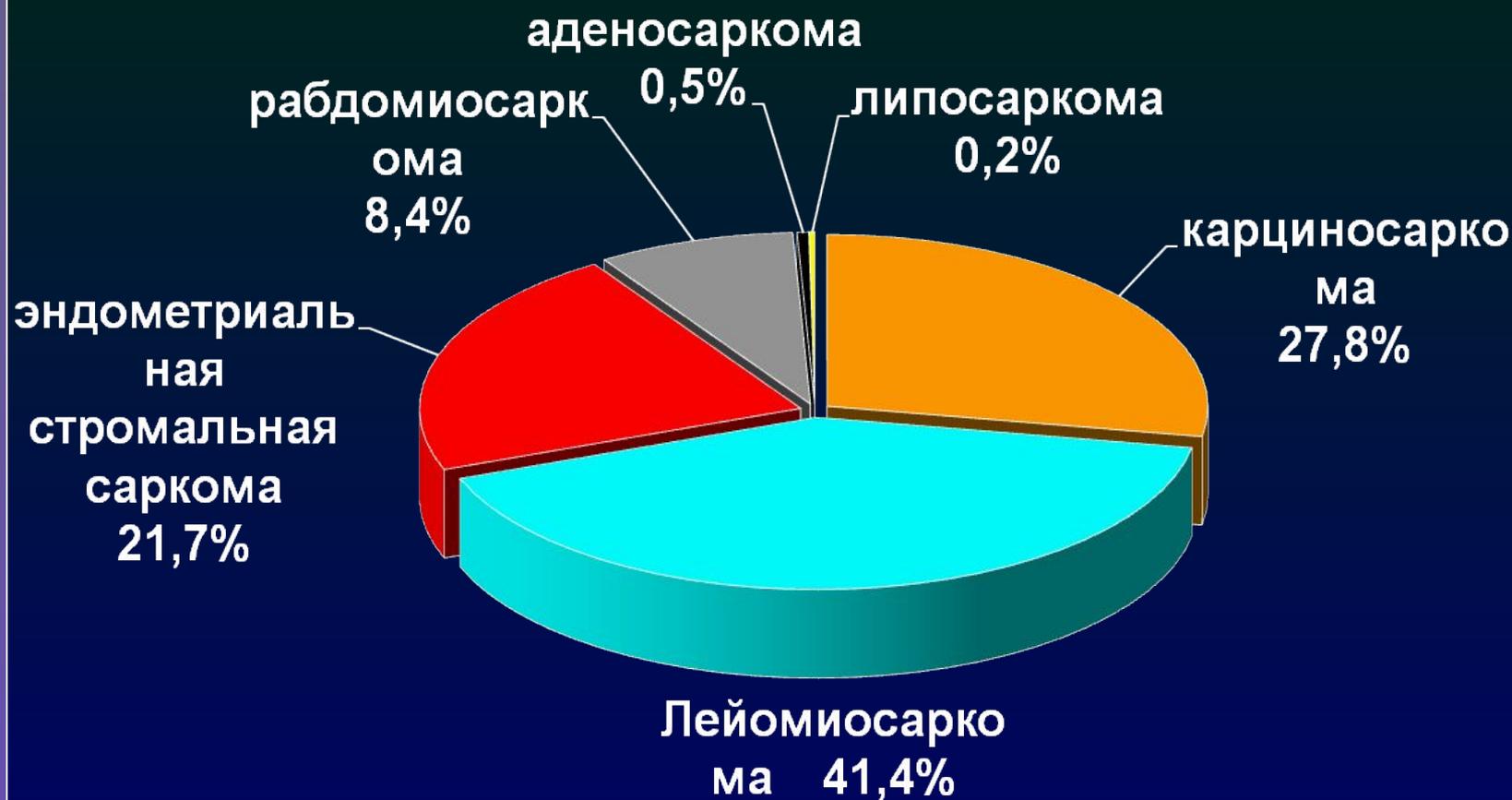
[ Kempson R., Bari W. ,1970].

Тип	Гомологические	Гетерологические
Чистые	Лейомиосаркома	Рабдомиосаркома
	Стромальная саркома Эндолимфатический стромальный миоз Ангиосаркома	Остеосаркома Липосаркома Хондросаркома
Смешанные	Злокачественная смешанная мезодермальная опухоль с гомологическим компонентом	Злокачественная смешанная мезодермальная опухоль с гетерологическим компонентом

# Локализация сарком женских гениталий



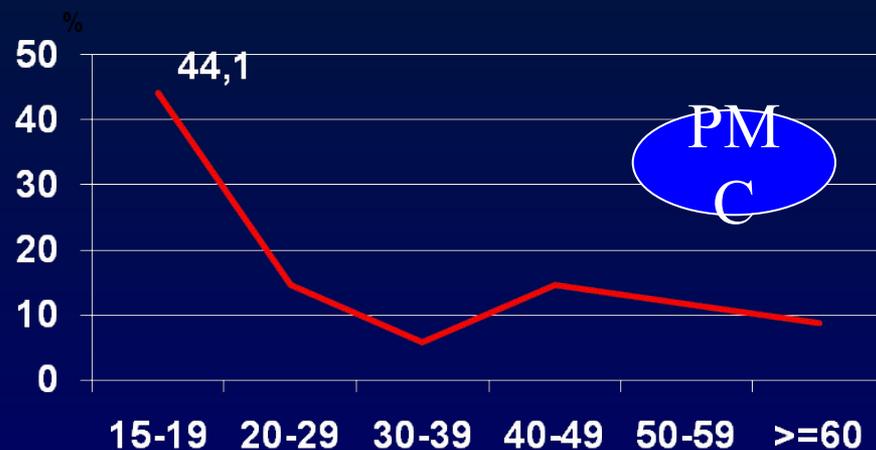
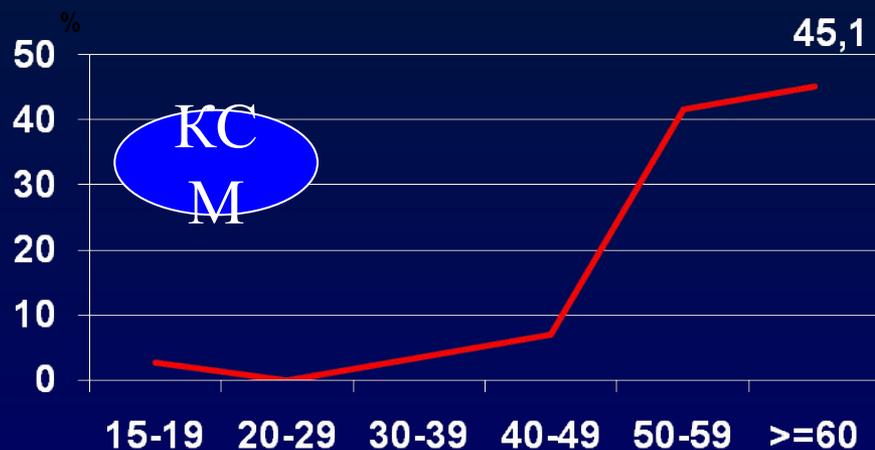
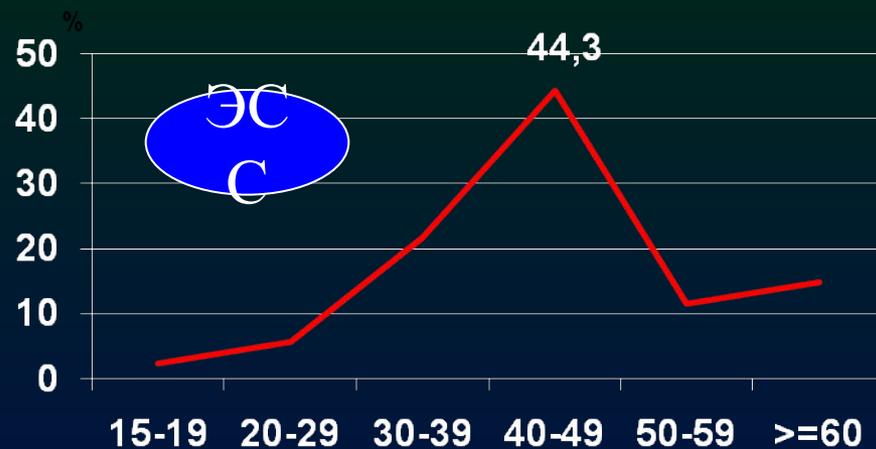
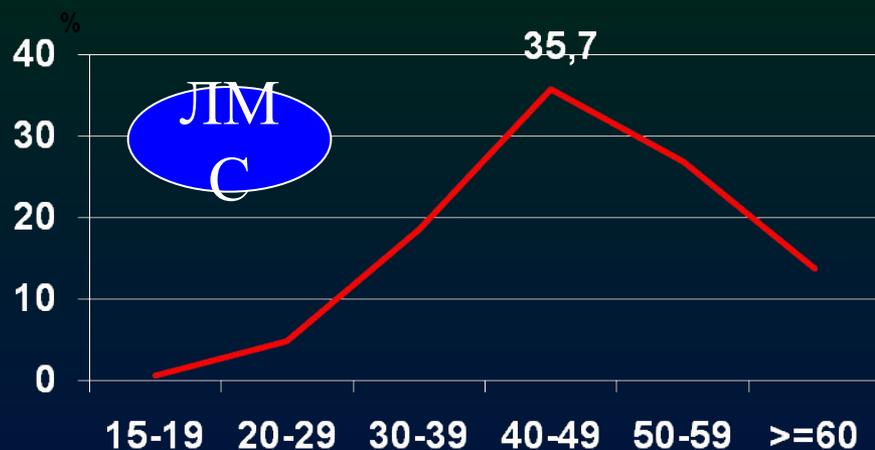
# Распределение больных саркомами женских гениталий по гистологической структуре (n=406)



# Распределение больных саркомами женских гениталий по стадии заболевания



# Распределение больных саркомами женских гениталий в зависимости от возраста

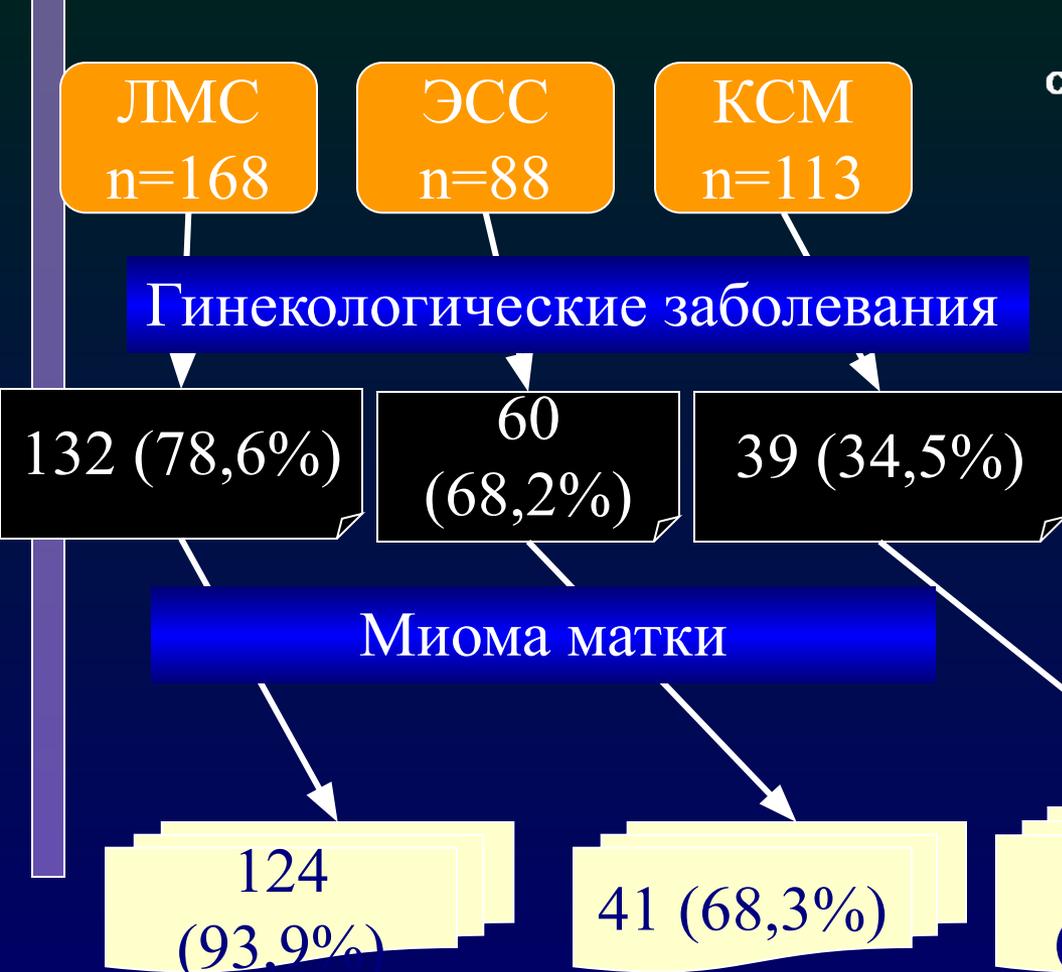


# Распределение больных саркомами женских гениталий по возрастным периодам жизни



## Частота гинекологических заболеваний у больных саркомами женских гениталий

## Структура соматических заболеваний у больных саркомами женских гениталий



# Основные клинические симптомы сарком женских гениталий

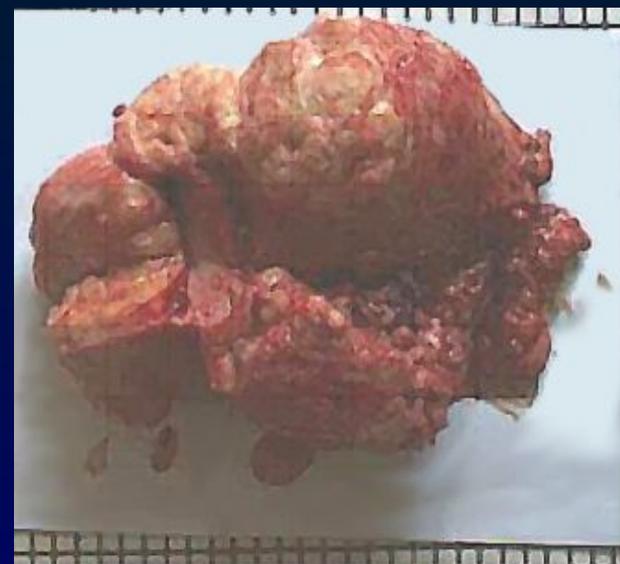
- Быстрый рост матки
- Кровянистые выделения из половых путей
  - ациклические
  - контактные
  - в постменопаузе
- Боли внизу живота



Лейомиосаркома



ЭСС матки



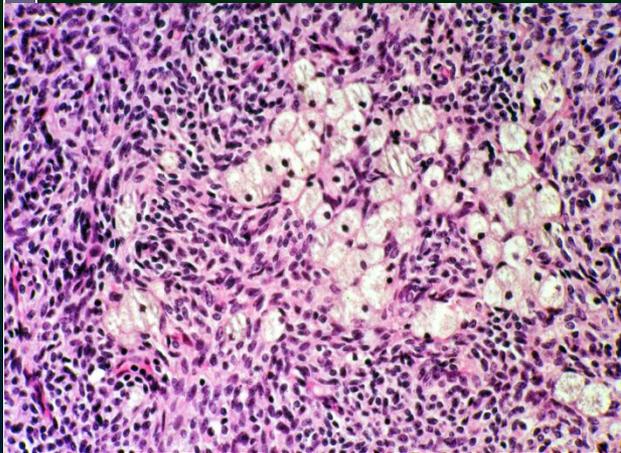
Карциносаркома

# Диагностика сарком матки

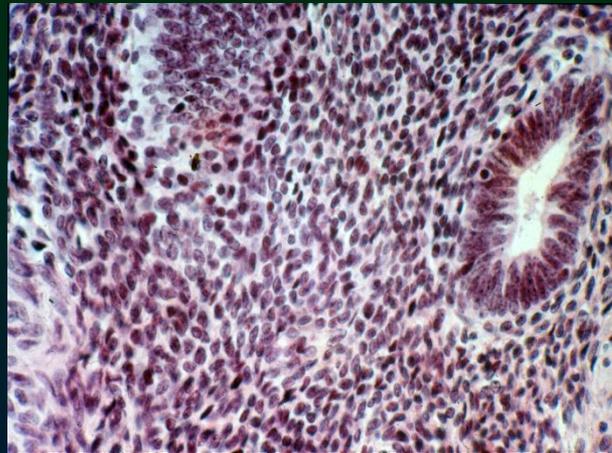
- **Частота верификации диагноза по данным диагностического выскабливания матки**
  - ЛМС – 13,5%
  - ЭСС – 47%
  - КСМ – 68,1%
- **Совпадение послеоперационного диагноза с данными УЗКТ**
  - ЛМС – 25%
  - ЭСС – 85%
  - КСМ – 88%

**27,6% больных ЛМС и  
25% больных ЭСС  
оперированы с диагнозом  
миома матки в  
гинекологических  
стационарах**

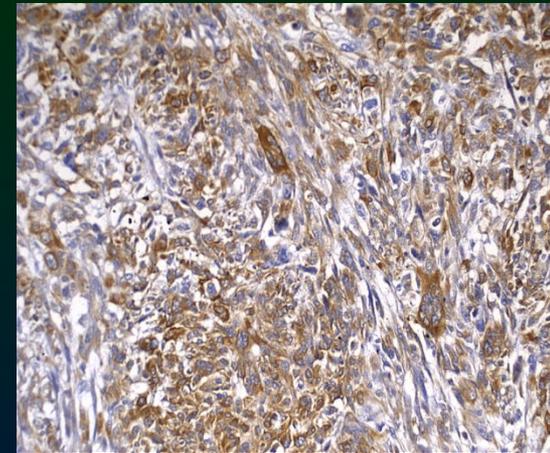
# Морфологическая диагностика сарком



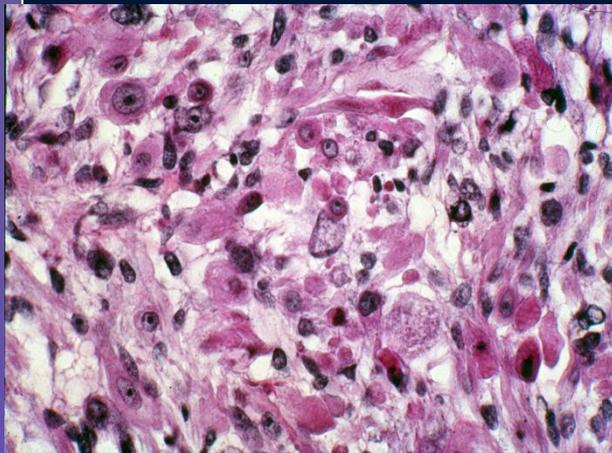
ЭСС



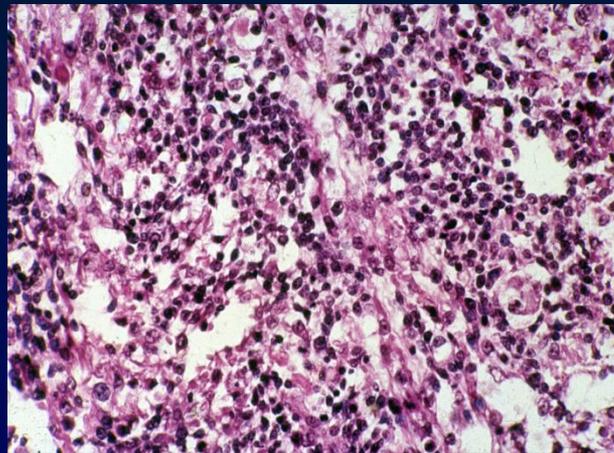
ЭСС



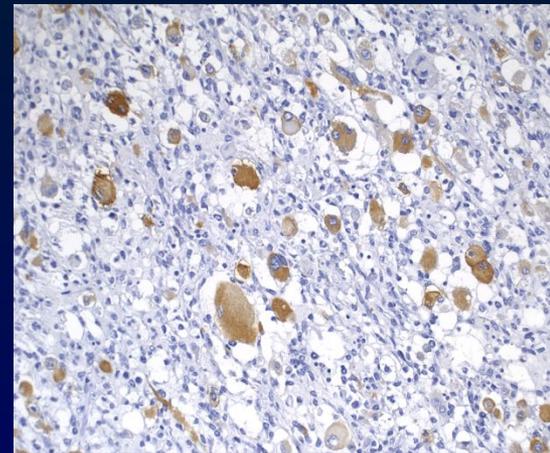
ВИМЕНТИН



РМС

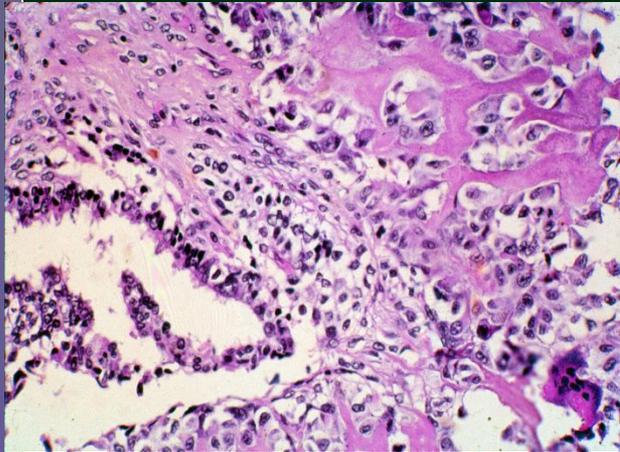


РМС

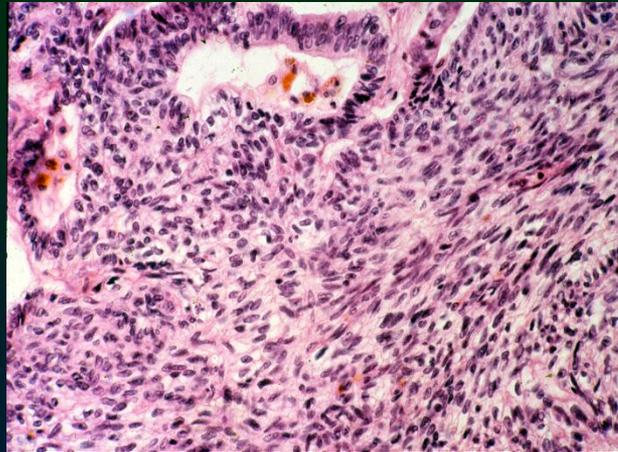


ДЕСМИН

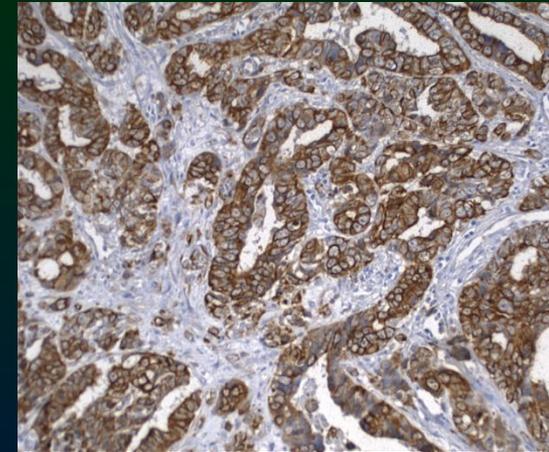
# Морфологическая диагностика сарком



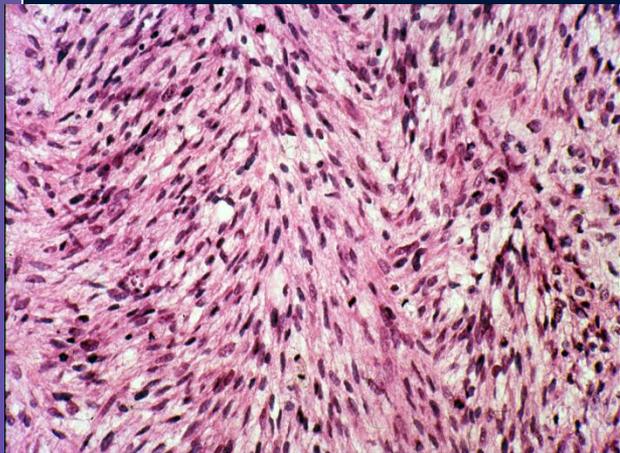
КСМ



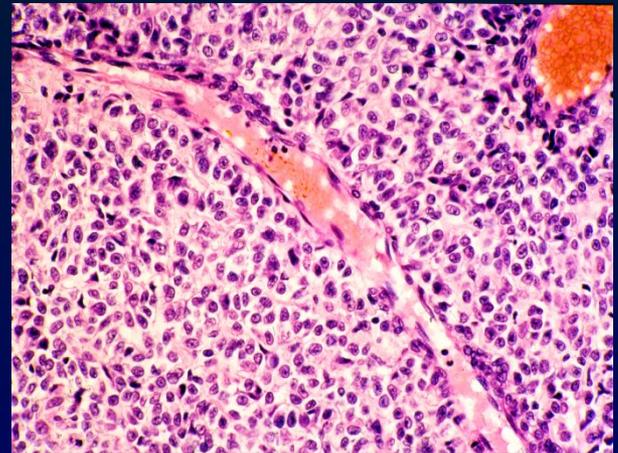
КСМ



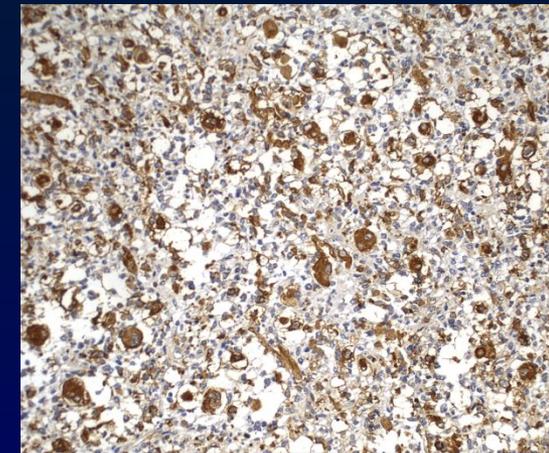
цитокератин



ЛМС

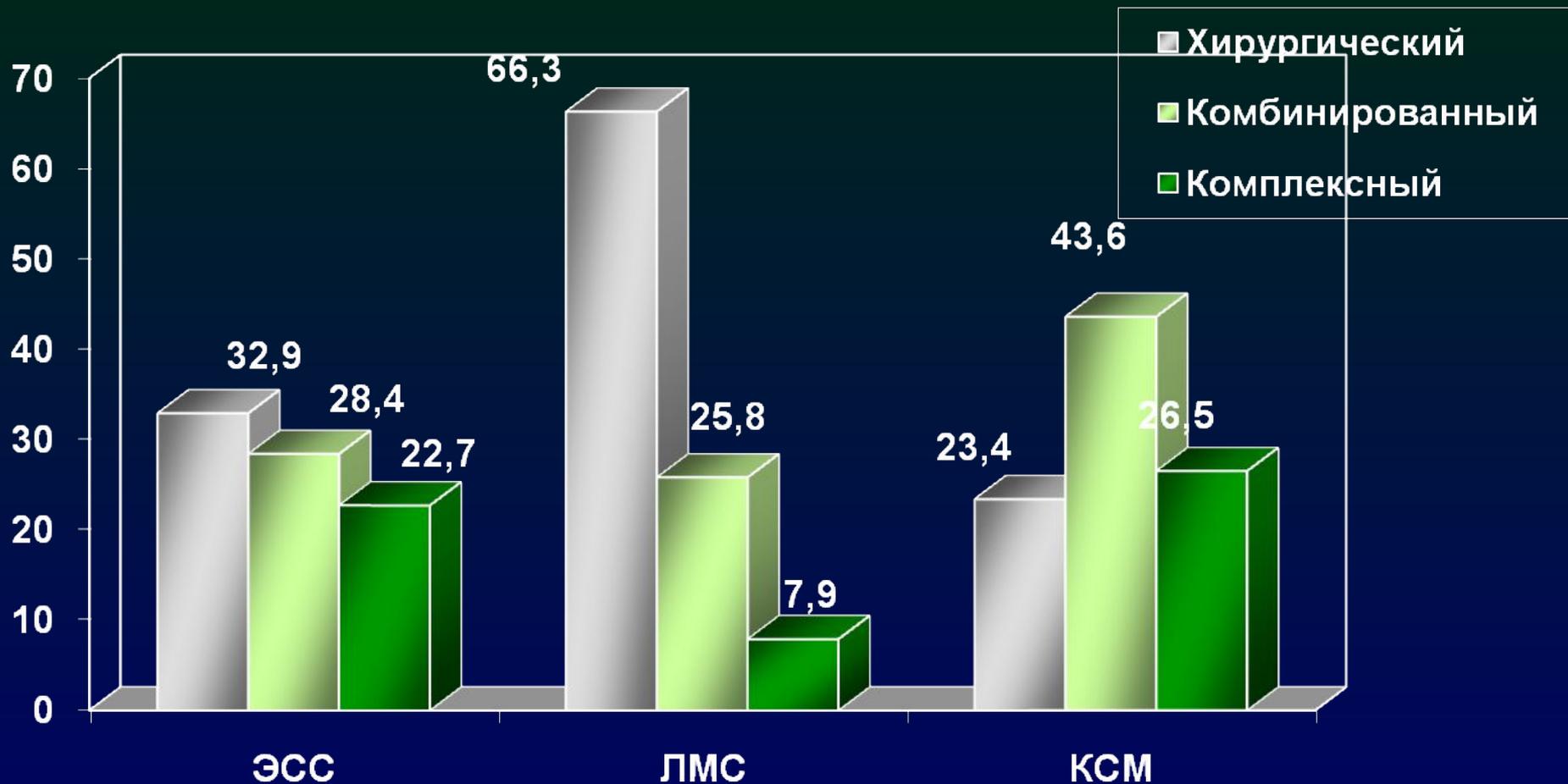


ЛМС

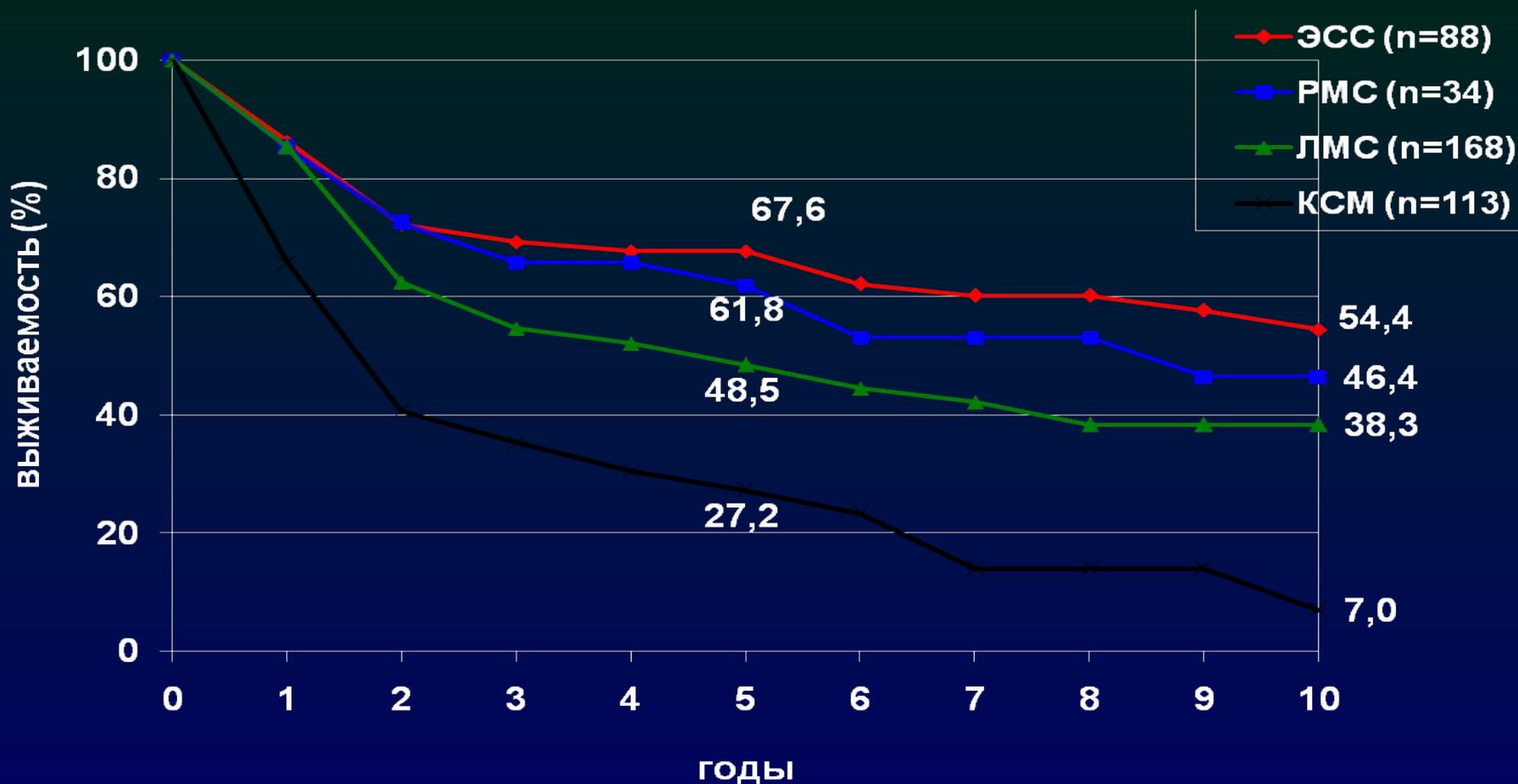


актин

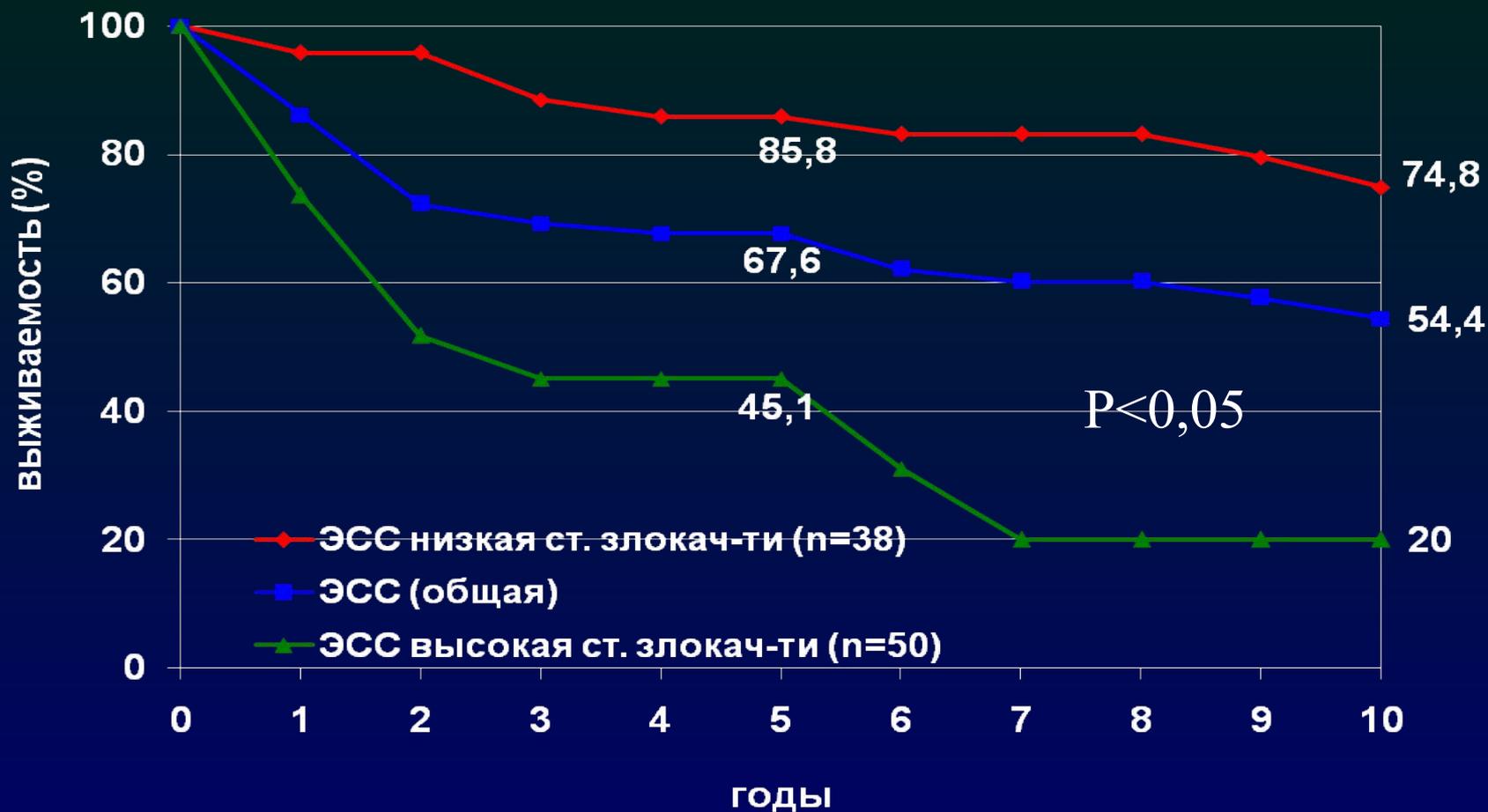
# Распределение больных саркомами матки по методам лечения



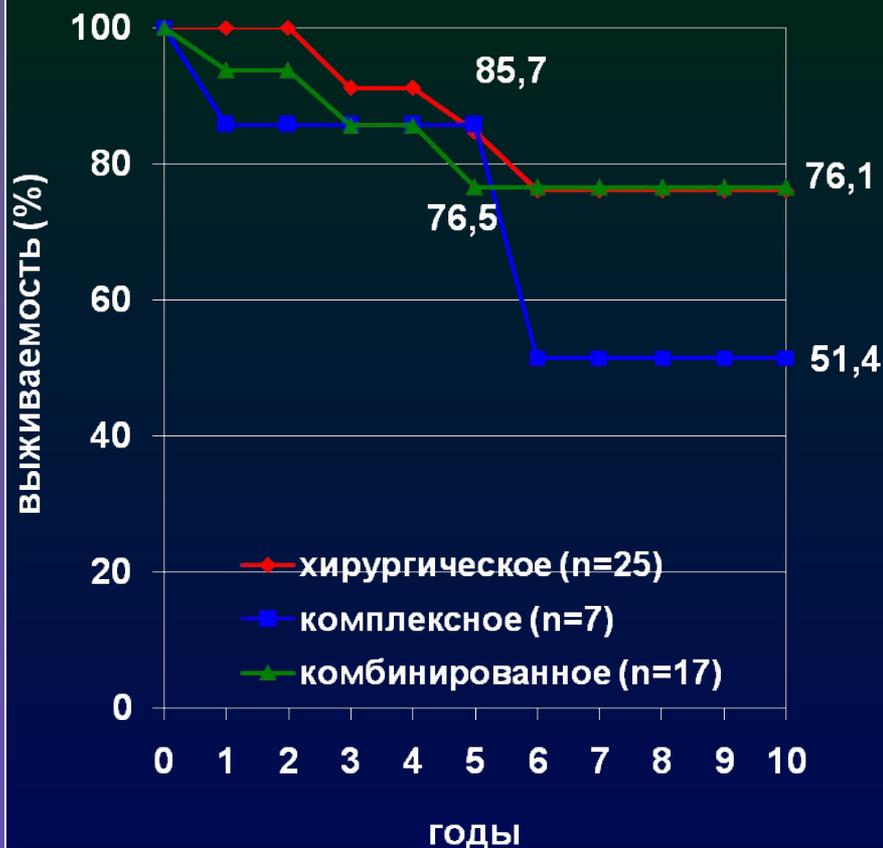
# Общая выживаемость больных саркомами женских гениталий в зависимости от гистологического типа опухоли



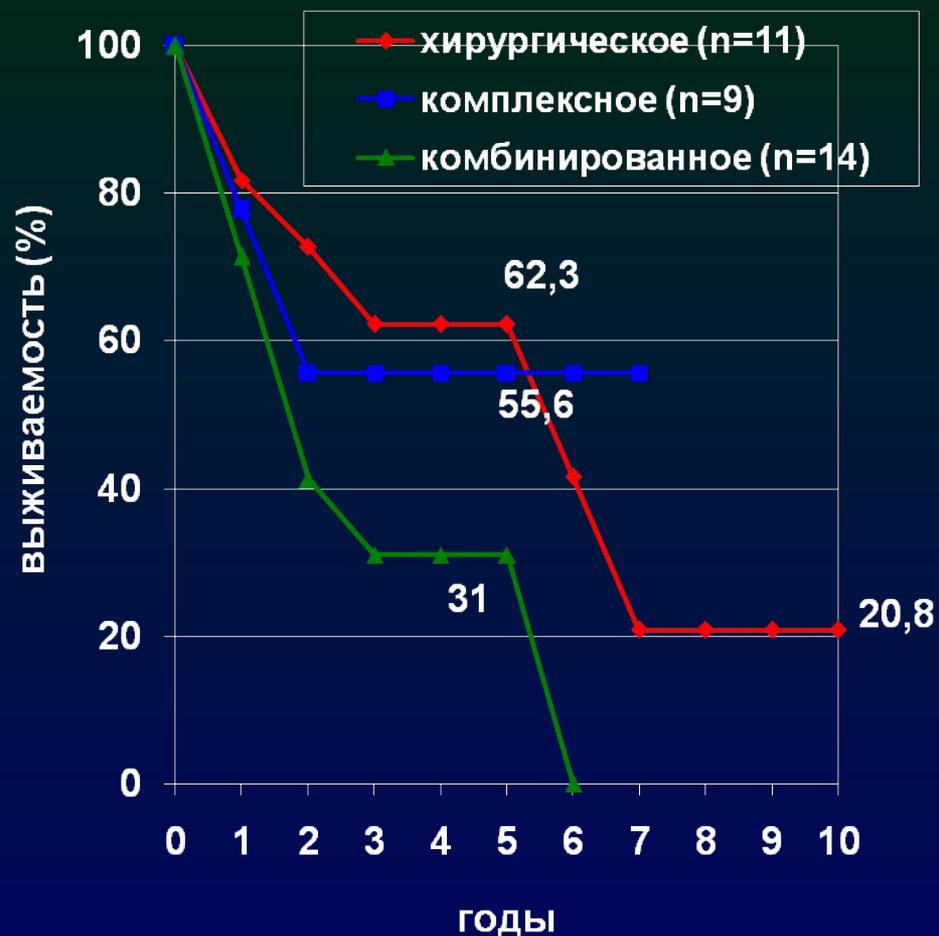
# Общая выживаемость больных ЭСС матки в зависимости от степени злокачественности опухоли



# Общая выживаемость больных ЭСС в зависимости от проведенного лечения

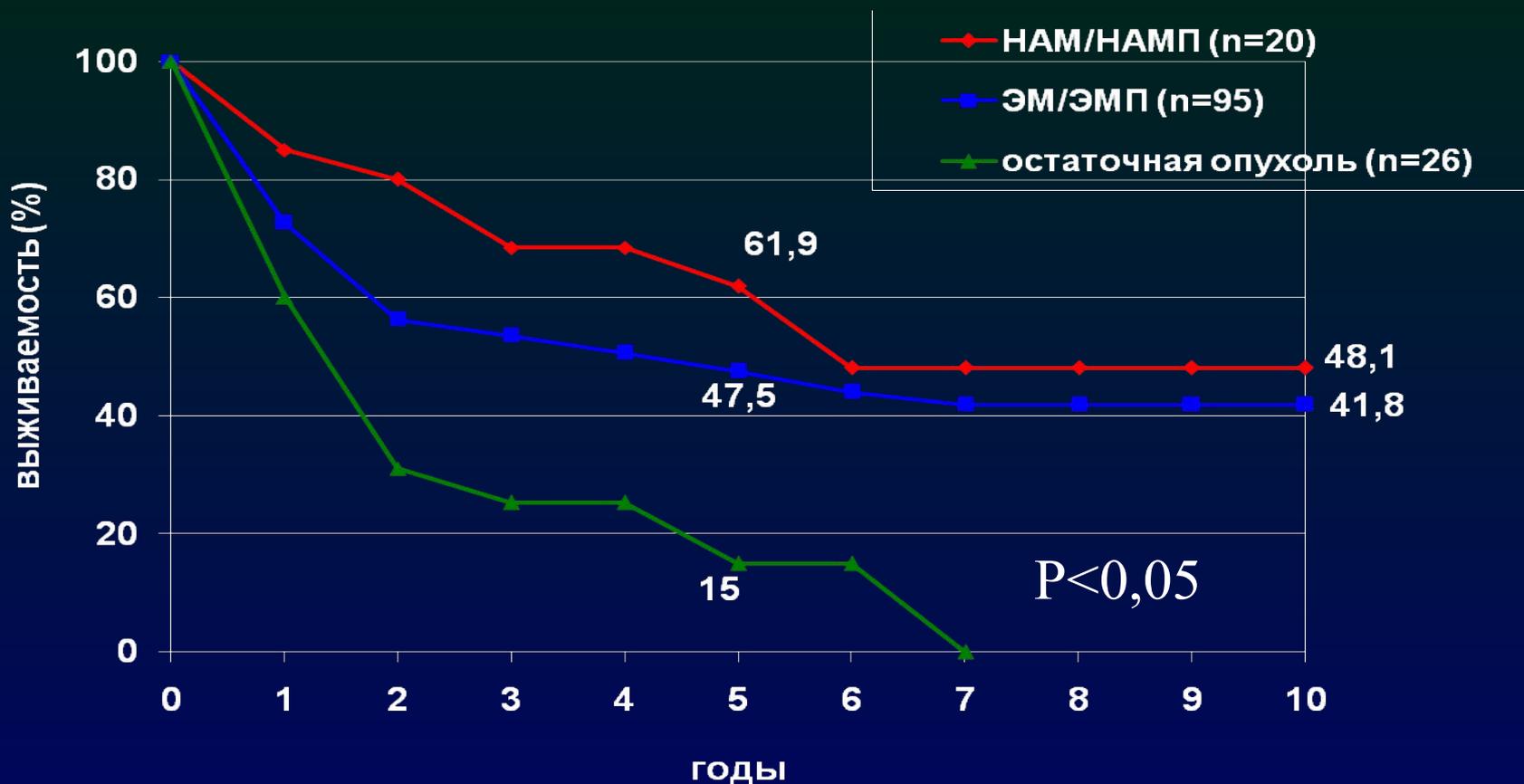


Низкая степень злокачественности  
злокачественности



Высокая степень

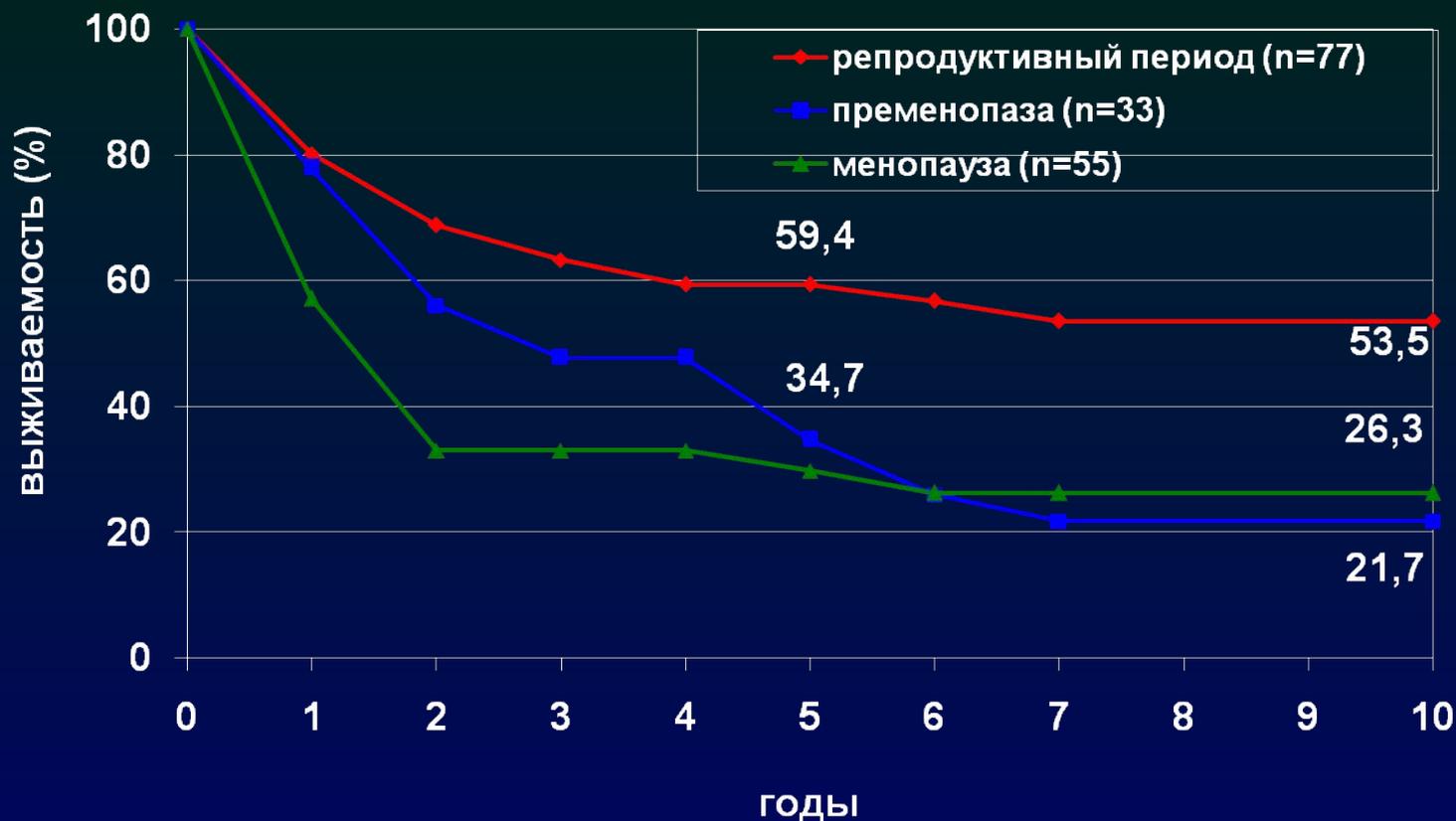
# Общая выживаемость больных ЛМС в зависимости от объема операции



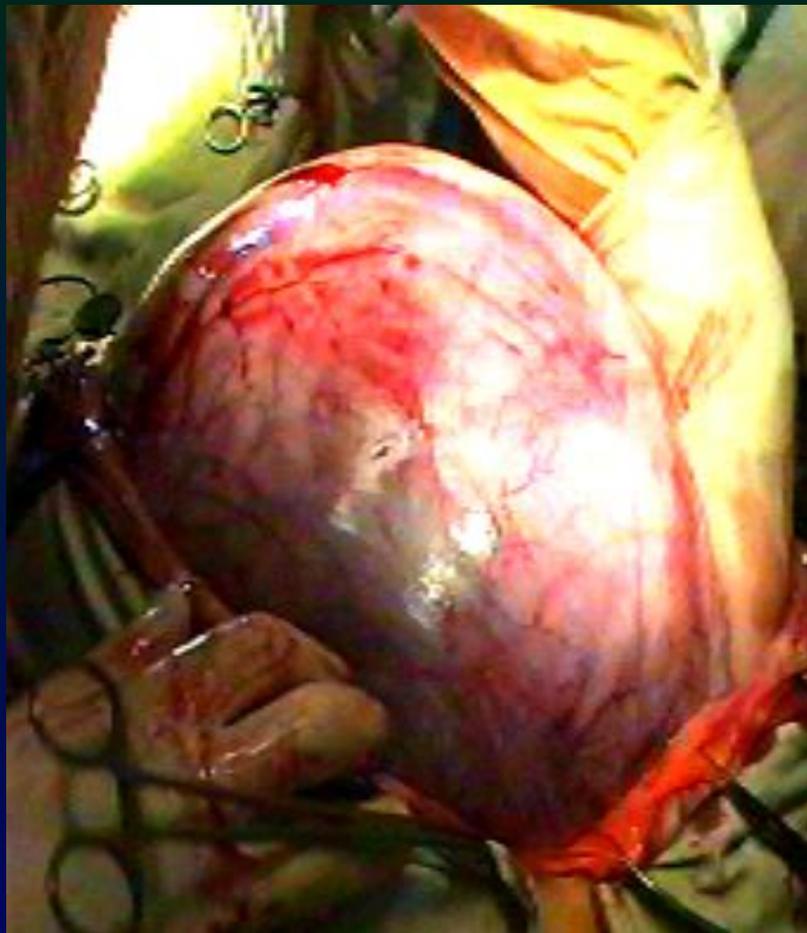
## Общая выживаемость больных ЛМС матки в зависимости от объема операции



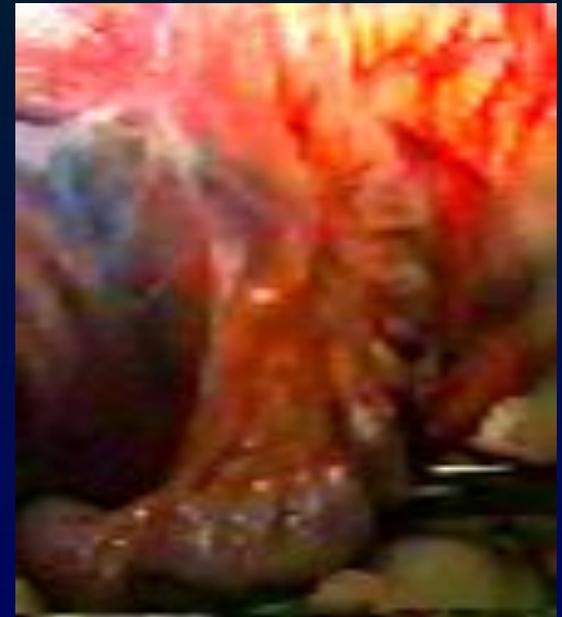
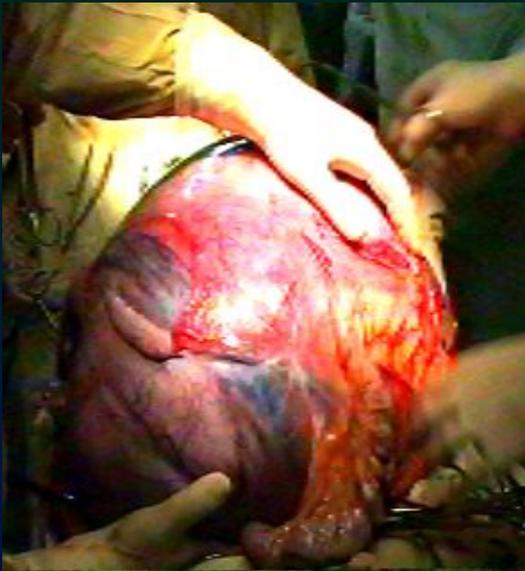
# Общая выживаемость больных лейомиосаркомой матки в зависимости от периода жизни



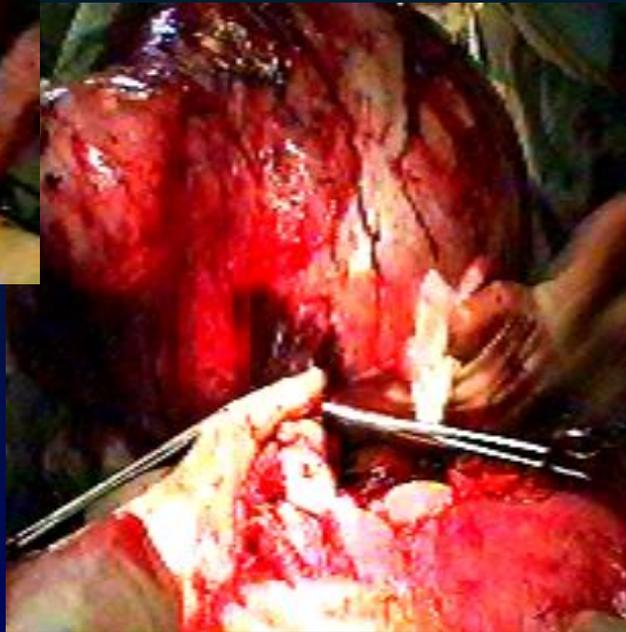
# ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



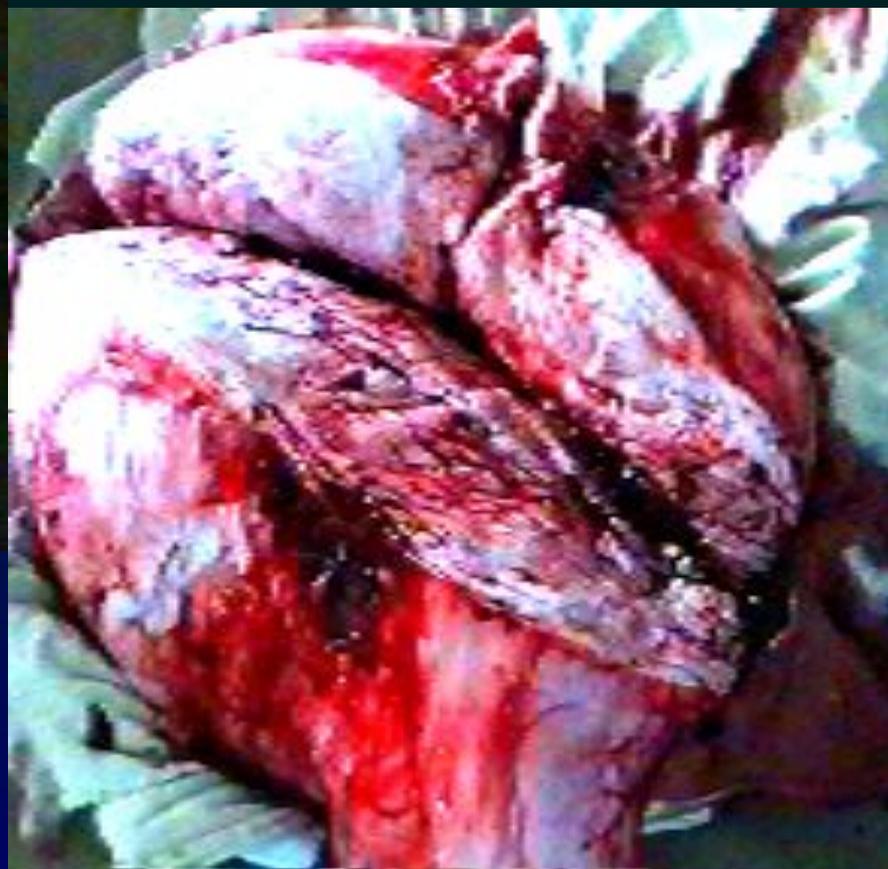
# ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



# ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



# ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



# Клинико-морфологические факторы прогноза жизни больных лейомиосаркомой матки

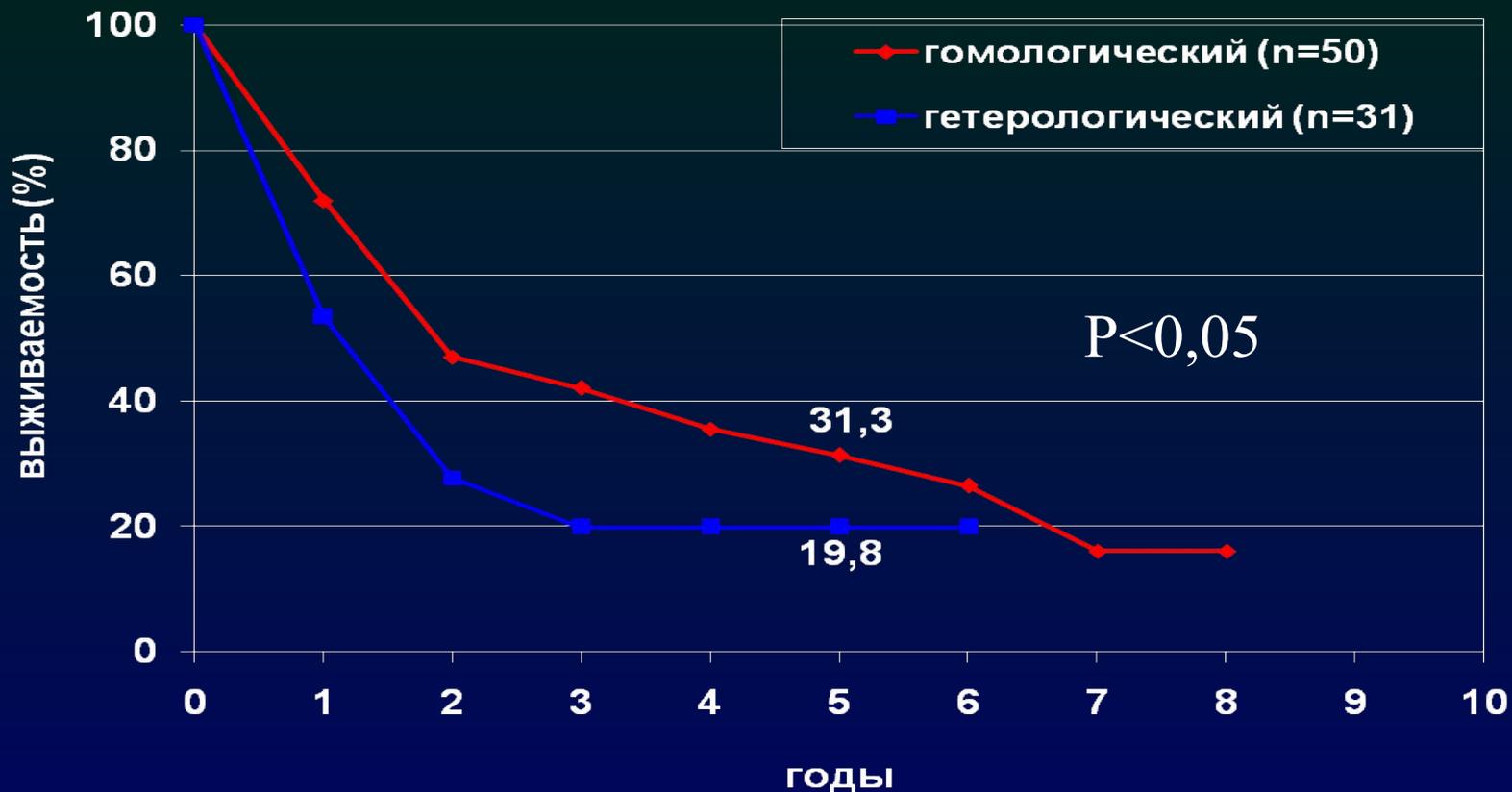
## • Благоприятные

- возраст до 29 лет
- I стадия заболевания
- локализация ЛМС в узле миомы
- размеры узла <10 см,
- отсутствие в опухоли некрозов

## • Неблагоприятные

- постменопаузальный период жизни
- остаточная опухоль
- глубина инвазии  $> \frac{1}{2}$ ,
- число митозов  $> 10$  в 10 полях зрения
- размер опухоли  $> 10$  см,
- некрозы в опухоли

# Общая выживаемость больных КСМ матки в зависимости от саркоматозного компонента опухоли



# Клинико-морфологические факторы прогноза жизни больных КСМ матки

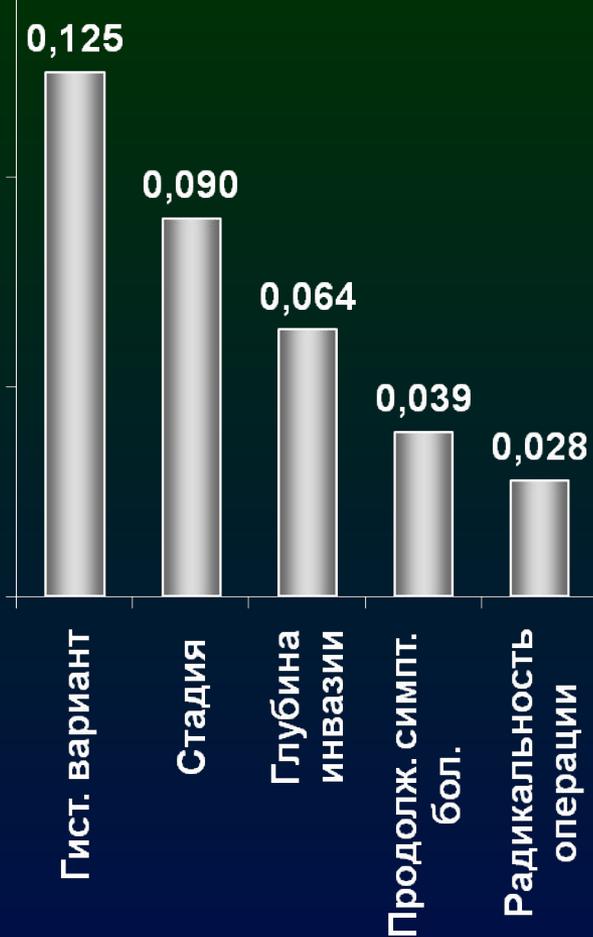
## • Благоприятные

- I стадия заболевания,
- радикально выполненная операция
- гомологический мезенхимальный компонент опухоли
- глубина инвазии  $< 1/2$ ,

## • Неблагоприятные

- распространение опухоли за пределы матки
- остаточная опухоль
- гетерологический компонент опухоли,
- глубина инвазии  $> 1/2$ ,

# Информативность факторов прогноза



КСМ

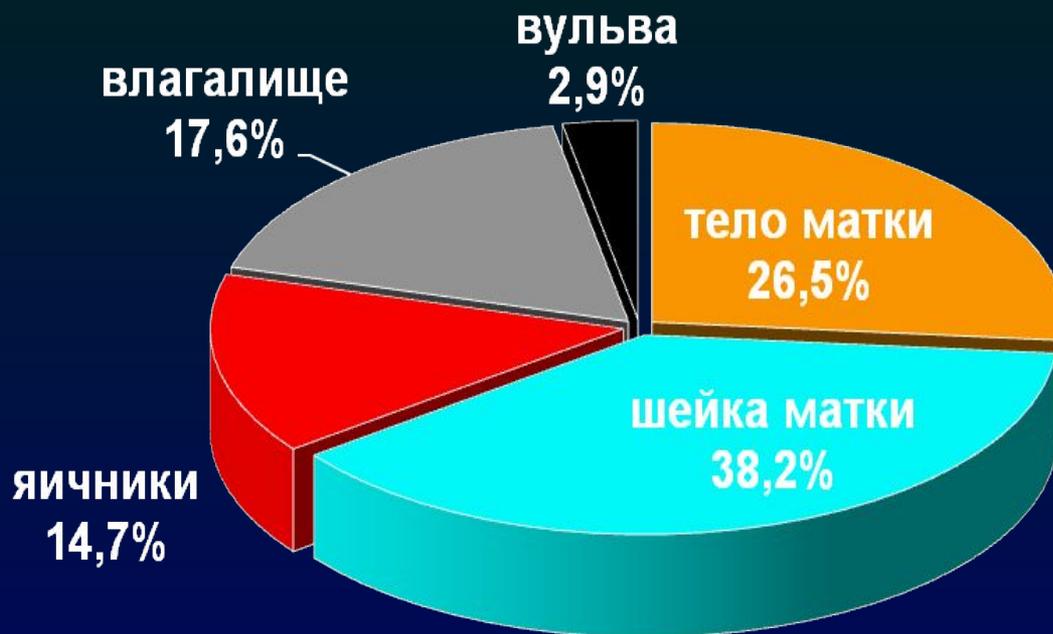


ЭСС



ЛМС

# Распределение больных рабдомиосаркомой по локализации опухоли

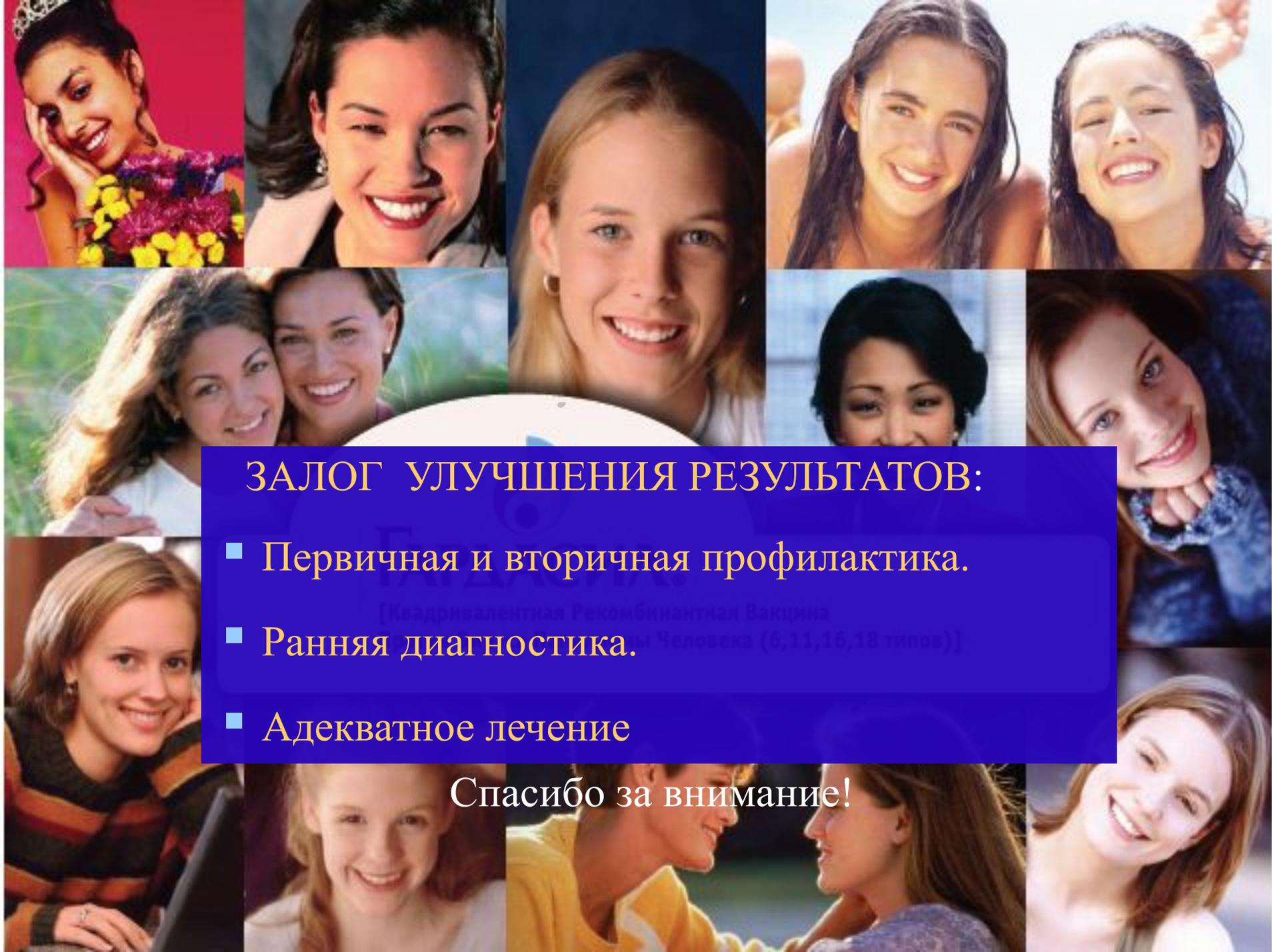


# Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М.// Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007г, Вестник Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН №3, том 17, 2006 г., стр.15
2. N. Karnik Lee, H. Wu, M. K. Cheung, K. Osann // The impact of lymphadenectomy in women with endometrioid uterine cancer: A study of 39,396 women. ASCO 2006, abs. 5000
3. Creasman W.T., Odicino F., Maisonneuve P., et.al. Carcinoma of the corpus uteri.//Int.J.Gynaecol Obstet. 2003;83(suppl 1): 79-118
4. Fleming G., Brunetto V., et.al. Randomized trial doxorubicin plus cisplatin versus doxorubicin plus paclitaxel plus granulocyt colonystimulating factor in patient with advance or recurrence endometrial cancer: a report GOG Protocol 163//Proc. ASCO 1993, v 12, p.261
5. Thigper T, Bessing J., Homesley et.al., Phase III trial of doxorubicin +/- cisplatin in advanced or recurrent endometrial carcinoma GOG study// Proc.Amer. Soc.Clin. Oncol. 1993.v.12 p. 261
6. Fleming G.// Systemic management of high-risk endometrial carcinoma., ASCO 2006, p. 305-307
7. Ito K, Adachi S, Itani Y, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel and carboplatin for endometrial cancer: results of a Kansai Clinical Oncology Group trial in Japan. Proc Am Soc Clin Oncol. 2004;23:468a. Abstract 5085.
8. Homesley HD, Blessing JA, Sorosky JI, et al. Phase II trial of liposomal doxorubicin disseminated endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. Proc Am Soc Clin Oncol. 2005;23:459s. Abstract 5019.
9. Gallion H.H., van Nagell J., Powell D., et.al. Stage Iserous papillary carcinoma of the endometrium. Cancer 1989: 63; 2224-2228
10. Kauppila A., Progestin therapy of endometrial, breast and ovarian carcinoma: a review of clinical observations. //Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1984: 63; 441-450
11. Creutzberg C.L., van Putten W. Koper P., et.al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage I endometrial carcinoma: multicentre randomized trial. PORTEC study Group Post operative radiation therapy in endometrial carcinoma. Lancet. 2000: 355; 1404-1411
12. Keys H. M., Roberts J., et.al. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: GOG study // Gynecol. Oncol. 2004; 92: 744-751
13. Morron C., Bundy B., Homesley H., et.al. Doxorubicin as an adjuvant following surgery and radiation therapy in patients with high – risk endometrial carcinoma, stage I and occult stage II: GOG study. Gynecol.Oncol. 1990;36;166-171.
14. Randall M., Filiaci V., Muss H., et.al. Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: GOG study. J.Clin. Oncol. 2006: 24: 36- 44
15. McMeekin D., Filiaci V., Thigper J., et.al. Importance of histology in advanced and recurrent endometrial cancer patients participating in 1-line chemotherapy trials: GOG trial. Gynecol. Oncol. 2005: 96;940
16. Fleming G. Systemic management of high –risk endometrial carcinoma. ASCO 2006.,304- 307
17. Sagae S., Udagawa Y., Susumu N., et.al. JGOG 2033: randomized phase III trial of whole pelvic radiotherapy versus cisplatin –based chemotherapy in patients with intermediate risk endometrial carcinoma. J.Clin. Oncol. 2005: 23(16S):455s.
18. Lee T., J. Jung, J. Kim et.al.// Feasibility of ovarian preservation in patients with early stage endometrial carcinoma: A retrospective study. ASCO 2006 abs. 15064. Markman M. // Developments in the Management of Endometrial and Cervical Cancer XVIII FIGO 2006, book3, 36-40

- «Индивидуализацию лечения не следует понимать как произвольное и неограниченное применение различных методик, а как умение разумно и уместно подбирать наилучшие стандартные приемы, оправдавшие себя при строго определенных условиях и показаниях»

В.П. Тобилевич (1961)



## ЗАЛОГ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ:

- Первичная и вторичная профилактика.
- Ранняя диагностика.
- Адекватное лечение

Спасибо за внимание!